

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 107

L'ABAISSSEMENT des BRAS

par

TRACTIONS sur le TRONC

(Méthode de DEVENTER)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOSONNET

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 21 Décembre 1900 à AIX-LES-BAINS (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

L'abaissement des bras par tractions sur le tronc
(Méthode de Deventer)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 107

L'ABAISSMENT des BRAS

par

TRACTIONS sur le TRONC

(Méthode de DEVENTER)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOSONNET

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 21 Décembre 1900 à AIX-LES-BAINS (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, président; TRILLAT, assesseur;
RHENTER et CHALIER J, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORON
Professeur de Clinique obstétricale

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il nous a toujours accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance. Nous l'en remercions très respectueusement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRILLAT
*Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur des Hôpitaux.*

Nous avons eu l'honneur d'être son interne, et il a bien voulu nous confier le sujet de ce travail.

Nous le remercions bien sincèrement des témoignages de bienveillance et de sympathie qu'il nous a toujours donnés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER

*Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.*

Nous ne saurions jamais oublier les semestres où nous avons été son externe et son interne. Les heures passées auprès de lui comptent parmi les meilleures de notre vie d'externat et d'internat. Nous avons été très touché de l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné. Il a bien voulu faire partie de notre jury de thèse; nous l'en remercions bien sincèrement et lui adressons le témoignage de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

*Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur des Hôpitaux.*

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERNAY

*Ancien Interne lauréat des Hôpitaux,
Médecin consultant à Aix-les-Bains.*

Il a été pour nous un guide et un affectueux conseiller. Nous le remercions bien sincèrement de toutes les marques de bienveillance et de sympathie qu'il nous a toujours données.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat:

MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN.
MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER

Internat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

L'abaissement des bras par tractions sur le tronc (Méthode de Deventer)

Introduction

La dystocie des épaules et des bras, dans l'accouchement tête dernière, est celle qui paraît avoir intéressé le plus d'auteurs, celle également sur laquelle les avis ont été les plus différents.

Deux écoles ont toujours été opposées : L'une ne s'occupant pas des bras mais des épaules ; l'autre pensant toujours à leur relèvement possible et cherchant le meilleur procédé d'abaissement.

Actuellement encore, l'accord n'est pas complet. Sur un seul point l'entente est faite : les causes et le mode de relèvement des bras.

Il est certain que les rétrécissements du bassin, le gros volume de l'enfant, la rupture précoce des membranes, la rétraction de l'utérus, les tractions faites en dehors des contractions utérines, favorisent le relèvement des bras. Il est certain également que les bras se relèvent le plus souvent en avant ; la main remonte vers le menton, puis glisse contre la face et la bosse pariétale. Plus rarement, les bras surpris par la rotation, alors qu'ils n'étaient pas encore relevés, se dirigent en arrière.

Mais, le relèvement des bras dont on s'occupe toujours, n'est pas seul en cause; les épaules elles-mêmes, les bras n'étant pas relevés, peuvent être à la base de la dystocie.

Bras et épaules ne sont que deux noms, mais constituent l'origine des deux théories qui s'opposent.

En étudiant le texte même des différentes théories, il semble que les contradictions soient plus apparentes que réelles et qu'il s'agisse bien souvent d'un simple malentendu.

Dans notre historique, nous allons opposer Ambroise Paré à Mauriceau et plus tard Deventer à Baudelocque.

Un accord aurait pu se faire si la technique décrite par Deventer en 1701, n'avait été reprise en 1898 par Müller.

Deventer déclarait qu'il ne fallait pas toujours penser au relèvement possible des bras, mais avant tout, essayer de dégager successivement les épaules. Souvent par son procédé un bras relevé s'abaissait de lui-même, et dans les cas contraires, il avait recours à l'abaissement classique.

Müller poussa par contre le procédé à l'extrême, ne reculant pas devant des manœuvres qui, incontestablement, sont brutales. De là, toutes les critiques.

A Müller, cependant, il faut reconnaître la décomposition de la méthode de Deventer en deux temps bien réglés, et le fondement de la méthode sur des bases scientifiques.

Actuellement, la technique appelée *Méthode de Deventer-Müller*, est surtout défendue dans les pays

de langue allemande, où on la connaît sous le nom de méthode de Müller.

En France, on la repousse. La méthode classique tour à tour appelée méthode de Mauriceau, puis de Baudelocque, puis de Pajot, est seule admise. On vit actuellement sur les textes précis fournis par Farabeuf en 1891, dans son « Introduction à la Pratique des Accouchements ». Deventer est complètement oublié, on ne pense qu'aux exagérations de Müller et Müller n'est pas cité par Farabeuf puisque les premiers écrits de l'auteur allemand datent de 1898.

Le premier travail français paru récemment, est une communication faite à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon, par M. Trillat, en 1921.

C'est cette communication qui est la base de notre travail; et la méthode qui nous intéresse se rapproche davantage de celle de Deventer que de celle de Müller.

Nous rejetons, en effet, toutes les manœuvres de force, nous admettons que cette méthode peut être insuffisante dans certains cas; nous avons recours alors à la méthode classique.

Elle a été appliquée systématiquement dans le service de M. le Docteur Trillat, à la Maternité de l'Hôpital de la Charité à Lyon, depuis deux ans, dans toutes les extractions d'enfants, tête dernière.

Et nous n'avons pour but que de présenter les résultats, en étudiant successivement:

Les opinions diverses avant Deventer;

Le texte de Deventer et l'opinion classique à cette époque;

Le texte de Müller;

Les différentes publications parues depuis Müller;

L'étude critique de la question;

La technique que nous employons.

Nous terminerons par le résumé des observations recueillies à la Maternité de l'Hôpital de la Charité à Lyon pendant les années 1928 et 1929.

Nous donnerons ensuite le résumé des observations recueillies dans le même service en 1912 et 1913, alors que la méthode de Deventer n'était pas encore appliquée.

Nous remercions très sincèrement Mlle Lambert et Mlle Rougier, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous traduire quelques articles étrangers.

Historique

Avant Ambroise Paré, cette question des épaules et du relèvement des bras n'intéresse pas les auteurs puisque l'accouchement par le siège est considéré comme tout à fait anormal.

Il faut en arriver à cet auteur, au 16^e siècle, pour qu'une opinion précise soit émise. Il rassure les médecins et sages-femmes au sujet de l'accouchement par le siège et le premier s'occupe des épaules et des bras.

« Au reste, dit-il, quand le chirurgien aura tiré l'enfant de cette façon par les pieds et l'aura amené dehors jusqu'aux faux du corps: se faut bien donner garde de poursuivre le reste de l'extraction du corps, les deux bras étant couchés de leur long, sur les deux côtés: ainsi faut que l'un desdits bras soit seulement situé, et l'autre sera refoulé en haut, le long du col, par dessus la tête. Car autrement, nature étant délivrée de cette grosseur de l'enfant, ferait que les os et orifices de l'amarry promptement se rejoindraient, et étant rejoints, la tête peu après ne pourrait passer, et par ainsi pourrait l'enfant être étranglé, la tête duquel demeurerait dedans si on ne la retirait par

force, mettant des crochets sous le menton, ou dans la bouche, ou dans l'orbite. »

En somme, et en cela peut-être est-il un précurseur de Deventer, il ne considère pas le relèvement des bras comme un grand danger. Il voit même en lui un élément favorable à ce mode d'accouchement et essaie de les refouler à côté de la tête pour éviter une rétraction utérine sur la tête dernière.

L'opinion d'Ambroise Paré est admise sans discussion, jusqu'à la fin du ^{xvii}^e siècle, jusqu'à Mauriceau, qui, le premier, indique une véritable technique du dégagement des bras.

Voici comme il s'exprime :

« Tenant toujours l'enfant par les deux pieds ou au-dessus des genoux, l'opérateur le tirera de la sorte jusques en haut de la poitrine, après quoy il abaissera de côté et d'autre avec sa main les deux bras de l'enfant le long de son corps, lesquels il rencontrera pour lors aisément; observant de le prendre plutôt par les mains vers le poignet que par tout autre endroit et de les dégager adroitement au passage l'un après l'autre, sans les trop forcer de peur de les rompre comme font souvent ceux qui opèrent sans méthode. »

Il rompt franchement avec la théorie d'Ambroise Paré et déclare :

« Quelques auteurs recommandent pour empêcher cet inconvénient (l'étranglement du cou par le col utérin) de n'abaisser seulement qu'un des bras de l'enfant et de laisser l'autre relevé, afin que servant d'éclisse à son col, la matrice ne puisse se refermer

devant que la tête de l'enfant soit entièrement passée; mais si le chirurgien sait bien prendre son temps sans perdre l'occasion, il n'aura pas besoin de cette précaution pour éviter cet accident, qui arriverait bien plutôt s'il laissait un bras de l'enfant en haut; car outre qu'il occuperait par sa grosseur une partie du passage qui n'est pas déjà trop large, c'est que faisant passer la tête plus d'un côté que de l'autre, il serait cause qu'elle ne manquerait pas d'être bien plutôt arrêtée par celui où le col de l'enfant ne serait pas ainsi éclissé. Lorsque j'ai quelquefois voulu essayer, en tirant des enfants par les pieds, à laisser de cette façon un bras élevé, j'ai toujours été obligé de les abaisser tous deux, après quoi j'ai bien plus facilement achevé mon opération. »

Cette méthode s'oppose nettement à celle d'Am-broise Paré. Mauriceau est le précurseur de Baude-locque et Pajot puisque son procédé se rapproche sensiblement de celui décrit par ces auteurs et considéré comme classique en France.

C'est à cette époque que vivait Deventer dont nous allons actuellement étudier la façon personnelle de dégager les bras.

Deventer

Henricus van Deventer naquit à La Haye, en 1651.

Ce n'est pas un savant. Orfèvre d'abord, il ne s'occupe que plus tard de médecine.

Il n'est pas spécialement accoucheur puisque à la fin de son traité, il donne avis au lecteur de ses connaissances orthopédiques.

Sa méthode de dégagement des épaules et des bras est absolument empirique; et dans son « *Novum lumen* », ouvrage dédié aux sages-femmes, ce qu'il expose: c'est sa manière toute personnelle de conduire l'accouchement dans les présentations du siège.

« L'accoucheur, dit-il, après avoir mis la femme sur le dos, doit tirer sur le pied jusqu'à ce que l'enfant soit né avec le siège et le ventre, à ce moment, après avoir saisi l'enfant avec les deux mains, l'une sur le ventre et l'autre sur le dos, il doit l'inviter à faire tout ce qui est en son pouvoir pour expulser l'enfant, même si elle n'a pas de douleurs. »

« Quand elle fait tous ses efforts, il doit tirer et faire passer ainsi, en même temps, tête et bras. Je suis encore sur ce point d'avis contraire à tous les auteurs qui veulent qu'on étende les bras le long du corps. Pour moi, je pense le contraire, et, guidé par

l'expérience, je dis hardiment qu'il faut laisser les bras près de la tête avec laquelle ils sortiront. Il est vrai qu'il faut que la femme fasse tous ses efforts. »

Ailleurs, il écrit : « J'ai même coutume d'empêcher la mère de pousser avant que l'enfant soit sorti jusqu'à la poitrine. Alors, je m'arrête un moment et je promets à la mère, pour l'encourager, qu'elle sera bientôt délivrée si elle veut bien faire son devoir et contracter fortement ses muscles du bas-ventre comme si elle avait encore des douleurs. »

« Lorsqu'on voit que la femme fait tous ses efforts, il faut la secourir en tirant énergiquement l'enfant en bas, mais en ayant soin de ne pas le blesser. Je dis en bas et non en haut suivant la longueur de la femme, comme le pratiquent beaucoup de sages-femmes, mais mal, car il faut tirer l'enfant en bas, du côté du rectum, sans quoi il est trop serré et ne sort qu'avec beaucoup de peine. »

Et il ajoute : « C'est ainsi que je me comporte toujours avec succès. »

Et plus loin : « Je ne cours point le risque d'arracher la tête, comme il est arrivé à d'autres, car en baissant les bras et les couchant le long du corps, l'orifice de la matrice, bandé comme une corde ou un piège, se refermant tout à coup, étouffe quelquefois l'enfant, ou, s'il est mort et délicat, la tête s'arrache, il faut la tirer de la matrice avec des crochets de fer. »

« Lorsqu'on éprouve plus de résistance que d'ordinaire, on peut introduire par dessous, la main dans le vagin et élargir un peu le passage, ou bien glisser

un doigt jusque dans la bouche de l'enfant et le ramener ainsi doucement à soi. »

Deventer fait observer que les bras n'occupent pas autant de place qu'on se l'imagine, en premier lieu, parce que très petits, secondairement parce qu'ils se couchent sur la partie plate de la tête, c'est-à-dire sur les tempes. Il se vante d'avoir obtenu, grâce à sa méthode, de meilleurs résultats que ses confrères et prédécesseurs; il sent combien il peut paraître révolutionnaire à cette époque, puisqu'il ajoute:

« Je sais qu'on ne manquera pas de me blâmer d'avoir si hardiment tracé un chemin presque tout à fait contraire à celui qu'ont suivi tant de grands hommes anciens et modernes. »

Il écrit qu'à la rigueur, lorsque la tête passe très difficilement, on peut abaisser un bras, mais jamais les deux, car ce serait plutôt nuisible qu'utile. Il applique donc la méthode classique dans certains cas difficiles.

En résumé, Deventer a considérablement simplifié la technique de l'extraction, en montrant que l'on pouvait, sans inconvénient pour l'enfant, se dispenser de dégager les bras et les laisser où ils se trouvent. Il attache surtout une très grande importance à la direction à donner à la traction vers le bas, du côté du rectum; il constate que sous l'effet de cette traction, l'enfant moins serré, sort facilement.

Deventer rompt donc définitivement avec le passé, peut-être, comme nous l'avons vu précédemment, pense-t-il comme Ambroise Paré, puisqu'il ne considère pas le relèvement des bras comme une dystocie

des plus graves, et qu'il s'occupe surtout des difficultés de la tête dernière et de la rétraction utérine ; mais il devient sans conteste le chef d'une grande école.

On voit qu'au XVIII^e siècle, la question est sensiblement au même point que de nos jours, deux méthodes absolument opposées sont en présence.

En réalité, l'école de Deventer est bien petite. Dans les traités de ce temps, Deventer n'est en général pas cité, ou si l'on parle de lui c'est pour l'accabler. Seuls les écrits de l'accoucheur suédois Van Hoorn (1721) semblent inspirés de ses principes. Peut-être la méthode du grand accoucheur anglais William Smellie se rapproche-t-elle de celle de Deventer. Mais William Smellie vivait au début du XVII^e siècle, et l'on ne sait lequel des deux pourrait être le maître de l'autre.

Par contre, l'école classique est seule reconnue, et pendant tout le XVII^e, XVIII^e et même XIX^e siècle, on a admis le principe qu'il faut abaisser les bras, on recherche seulement la manière la plus pratique de le faire.

A cette école, il faut un chef, et Baudelocque doit l'être de droit.

Dans son traité de « l'Art des Accouchements », il décrit sa technique d'une manière magistrale, le principe en est admis par tous.

Il classe l'accouchement par le siège parmi les naturels, parce qu'il peut se terminer sans le secours de l'art dans un grand nombre de cas.

Il indique d'abord la manière d'empoigner l'enfant. Contrairement à Deventer :

« Il prend garde de ne jamais placer les mains sur le ventre et la poitrine de l'enfant pour agir de plus près sur les parties à extraire, car on gênerait et on intercepterait même le mouvement du cœur, on comprimerait et on meurtrirait également le foie qui est très volumineux, très tendre, à cette époque de la vie; ce sont les hanches que les mains doivent empoigner, c'est sur elles que l'on tire jusqu'à ce que les épaules soient au dehors. »

Au sujet du dégagement des bras, il écrit:

« Aussitôt que les aisselles paraissent à la vulve, il faut dégager les bras. On doit commencer par le bras qui est dessous, parce qu'il est moins serré que celui qui se trouve derrière le pubis; on relève le tronc de l'enfant obliquement vers l'une des aines de la femme, et on le soutient ainsi d'une main pendant que de l'autre on agit de la manière suivante: On abaisse d'abord l'épaule autant que l'on peut, suivant la longueur du tronc, en la saisissant du pouce, de l'index et du doigt du milieu; on insinue ensuite les derniers doigts, ou l'un d'eux seulement, en montant le long du bras jusqu'au pli du coude sur lequel on appuie pour le faire descendre vers la poitrine et le dégager. »

Pajot, un peu plus tard, reprend la méthode de Baudelocque, on oublie ce dernier, la méthode est dite « de Pajot ».

Farabeuf, dans son « Introduction à la pratique des accouchements », traité paru en 1891, et considéré en France comme la véritable base de l'accouche-

ment, ne parle pas de Deventer, et le premier article de Müller ne paraît que plus tard.

Farabeuf considère dans le dégagement des bras deux cas : les bras relevés et les bras non relevés, Dans le premier cas, il a recours à l'abaissement classique, dans le deuxième cas, il dégage successivement les deux épaules en effectuant des tractions suivant les axes préconisés et par Deventer et par Müller.

« Faites descendre le fœtus lentement, dit-il, et ne vous arrêtez pas, si vous n'éprouvez de résistance, avant d'avoir vu l'épaule antérieure s'engager sous la symphyse et vous être assuré de cet engagement par le toucher. Alors seulement, relevez le tronc pour permettre à l'épaule postérieure encore retenue au-dessus du coccyx, de rétropulser celui-ci et balayer le périnée pour sortir enfin à la commissure postérieure de la vulve. Immédiatement, rabaissez le tronc fœtal afin qu'à son tour le membre antérieur dont le moignon de l'épaule seul est apparent, soit expulsé lui-même spontanément. »

Cependant, si l'on est d'avis qu'il faut dégager les bras, nous trouvons chez les divers auteurs les différences les plus frappantes, et pour chaque temps de l'opération une multitude de procédés parfois diamétralement opposés, ce qui désoriente souvent l'opérateur.

Les uns dégagent le bras antérieur le premier, en partant soit du dos, soit du ventre de l'enfant. Les autres dégagent le bras postérieur le premier, en remontant le long du dos, ou bien le long du ventre fœ-

tal. Dans d'autres cas, on transforme un bras antérieur, en bras postérieur, en imprimant un demi-tour au corps de l'enfant.

Et même dans la thèse de son élève Noack, A. Polloson a décrit un procédé spécial. N'ayant pu réussir à dégager le bras antérieur, il avait constaté que ce membre était nettement perceptible au palper. Il se proposa de le dégager par des manipulations externes. A l'aide de pressions exercées à travers la paroi abdominale, il commença par fléchir l'avant-bras sur le bras, puis, en appuyant sur le coude, il abaissa cet avant-bras. La main put alors être facilement saisie dans le vagin et amenée au dehors. Le procédé exige évidemment des conditions spéciales.

Donc pendant tous le XVIII^e et le XIX^e siècle, le Hollandais Deventer est complètement oublié.

Ce n'est qu'en 1898 que A. Müller, alors privat-docent à l'Université de Munich, reprend l'étude de cette méthode. Il lui donne une démonstration anatomique rigoureuse et lui octroie de ce chef une valeur scientifique incontestable.

Nous allons donner maintenant, la traduction de ses écrits sans en approuver toutefois complètement les conclusions.

Müller

Müller décompose son mode de dégagement des épaules et des bras en deux temps qu'il décrit ainsi:

PREMIER TEMPS: « Lorsque les omoplates sont visibles à la vulve, au lieu de cesser les tractions comme dans la méthode classique, j'abaisse énergiquement le tronc de l'enfant en empoignant des deux mains le bassin fœtal. Dans la moitié des cas au bas mot, l'épaule antérieure est amenée au-dessous de la symphyse jusqu'à la vulve. La plupart du temps, le bras se dégage seul en glissant le long de la branche descendante du pubis qui agit à la façon d'un plan incliné. Si ce bras ne naît pas spontanément, il suffira de l'attirer avec l'index pour le dégager entièrement. »

DEUXIÈME TEMPS: « On élève le tronc fœtal: le cou prend appui contre la symphyse, et grâce à la place gagnée par le dégagement de l'épaule et du bras antérieur, le bras postérieur s'engage facilement dans la cavité pelvienne: une traction plus énergique vers le haut, l'amène à la vulve dont on le dégage sans peine s'il ne se libère pas de lui-même. »

Plus loin, il ajoute: « Dans le cas où la disproportion

tion entre l'enfant et le bassin est plus prononcée, l'on ne réussit pas toujours à dégager l'épaule antérieure à la première traction vers le bas. Ce sont précisément les cas où l'on aurait d'autre moyen que celui de recourir au haut dégagement des bras, en introduisant la moitié de la main ou la main tout entière dans le tractus génital. Dans de telles conditions, ainsi que dans tous les cas où le dégagement de l'épaule antérieure ne réussit pas d'emblée, j'essaie immédiatement d'engager l'épaule postérieure en imprimant au tronc fœtal, sans rendre la main un instant de peur que les épaules ne remontent, une traction énergique vers le haut, en décrivant un arc de cercle autour de la symphyse comme centre. Pendant cette manœuvre, je veille à ce que le dos ou le ventre soient tournés constamment de côté. Le plus souvent l'épaule postérieure franchit le détroit supérieur, et dans nombre de cas, notamment lorsque l'épaule est descendue au-devant de l'articulation sacro-iliaque, la ligne innommée agissant dans le même sens que l'arc du pubis vis-à-vis du bras antérieur, fait glisser le bras postérieur au devant de la poitrine où il est facilement dégagé. »

En ce qui concerne le rapport des épaules et des différents diamètres du bassin, Müller estime qu'il faut peu s'en préoccuper parce que les épaules se placent elles-mêmes dans le diamètre le plus favorable. Plus loin, il s'intéresse aux grandes difficultés du relèvement des bras avec une tête et un bras relevé se gênant réciproquement au niveau du détroit supérieur puisqu'il dit :

« Lorsque le bras postérieur est pincé entre la tête et la paroi pelvienne ou bien lorsque la disproportion est très forte entre l'enfant et le bassin, le bras ne ne progresse plus quel que soit l'effort dépensé. L'épaule correspondante a une tendance à remonter sitôt que l'on cesse la traction. »

Voici ce qu'il propose: « Tandis qu'avec une main on élève fortement le tronc de l'enfant, on saisit avec l'autre classiquement l'épaule postérieure, puis le bras. Alors, contrairement à Hohl, qui recommande à tort de tirer énergiquement sur les pieds de l'enfant, ce qui ne réussirait qu'à exagérer le coincement du bras, on suspend complètement les tractions et abaisse légèrement l'enfant. De ce chef, la tête et l'épaule antérieure, remontent légèrement, mouvement qu'on peut favoriser en refoulant un peu l'enfant, tandis que l'épaule postérieure et le bras solidement retenus avec la main interne ne peuvent s'élever. Le bras est ainsi libéré de son enclavement et son dégagement ne présente désormais plus aucune difficulté. »

Il ajoute même que dans certains cas de grand rétrécissement pelvien où l'on ne parvient pas à engager les épaules suivant la technique exposée plus haut, il ne faut pas craindre d'employer la violence et de forcer le passage rétréci, au seul risque de fracturer la clavicule. Même, dans certains cas, il provoque cette fracture de la clavicule, car cet accident a pour conséquence immédiate l'engagement des épaules, leur diamètre étant alors considérablement réduit. Il donne d'ailleurs un nom à cette manœuvre,

puisqu'il l'appelle « cléidorhexis » par comparaison à la cléidotomie de certains auteurs.

Une note intéressante de Fritsch avait orienté Müller sur la voie de sa nouvelle méthode. Après avoir dégagé le bras postérieur, Fritsch avait observé que s'il laissait tomber le corps de l'enfant, l'épaule antérieure franchissait la vulve spontanément. Müller, répétant cette expérience, s'aperçut que le même phénomène se produisait sans qu'on ait dégagé le bras postérieur préalablement.

Rosshirt-Kienvisch, Schroeder et Schultze avaient conseillé déjà d'agir sur un épaule pour abaisser un bras trop haut situé.

Ceci incita Müller à étudier de près le mécanisme de l'engagement des épaules dans le détroit supérieur du bassin, notamment dans les rétrécissements pelviens. Il remarqua que dans les cas où les épaules ne peuvent passer facilement au niveau du détroit supérieur, l'enfant se modèle autour de l'obstacle, comme dans les présentations du sommet. Le diamètre biacromial se réduit, la clavicule prenant une direction oblique, de bas en haut et de dedans en dehors.

En contradiction avec l'opinion généralement admise, il démontre même, que le relèvement des bras, loin d'être une complication est un avantage dans les cas d'angustie pelvienne. A mesure que les bras s'élèvent, la saillie des têtes humérales s'efface de plus en plus; les clavicules horizontales dans l'attitude habituelle des bras, deviennent obliques, et partant, leur longueur est pratiquement réduite à leur projection.

Cette projection sera d'autant plus courte que les clavicules seront plus obliques, c'est-à-dire que les bras seront plus élevés.

Il en résulte une réduction du diamètre biacromial proportionnelle au degré d'obliquité des clavicules. Autrement dit, ce diamètre sera plus long quand les bras seront abaissés et diminuera de dimension à mesure que les bras s'élèveront, et son passage à travers le point rétréci en sera facilité d'autant.

« Il ne faut pas oublier, ajoute Müller, que le rôle des bras est secondaire, que le facteur important est les épaules. »

Pour lui, le point important est le passage des épaules au détroit supérieur. Exception faite de certains cas de bassin en entonnoir, ou généralement rétréci d'un haut degré, de crampe tétanique du col, de vagin anormalement étroit, le dégagement des bras est toujours facile, sinon spontané, quand les épaules se trouvent déjà dans la cavité pelvienne.

De ses expériences personnelles, il résulte que la cause des dégagements difficiles réside en première ligne dans l'obstacle qu'oppose aux épaules l'entrée du bassin. Vaincre cet obstacle, amener les épaules dans la cavité pelvienne, est, aux yeux de Müller, le point capital du dégagement des bras dans les bassins rétrécis. Quand une épaule a pu franchir la partie la plus étroite, l'autre épaule et le bras correspondant passeront facilement; en effet, cela se fera au bénéfice d'un diamètre plus court de toute une largeur d'épaule.

Les publications parues sur la méthode depuis Müller

A la suite des travaux et des statistiques publiées par Müller, la méthode ne trouva tout s'abord qu'un accueil indifférent auprès des nombreux accoucheurs.

Le premier travail paraît en 1905. Lovrich publie les résultats obtenus à la maternité de Budapest. Il les compare à ceux qu'il avait en pratiquant l'abaissement classique des bras. Qu'il s'agisse de mortalité ou de lésions de l'enfant, qu'il s'agisse des suites de couches, les résultats sont favorables. Il montre d'autre part, que la méthode de Müller n'empêche pas la méthode classique, à laquelle il a recours dans certains cas. Il voit ensuite un autre avantage, celui de réduire l'assistance. L'aide chargé de presser l'utérus pour conserver aux bras leur attitude normale devient superflu. En effet, le danger du relèvement des bras n'existe plus dans l'extraction de Müller; la seule chose à considérer est le passage des épaules.

L'année suivante, en 1906, le professeur Nijhoff présente à la Société de Gynécologie d'Amsterdam, un travail sur le dégagement des bras d'après Müller. Il considère la méthode comme excellente et

facile, la conseille pour sa rapidité, sa simplicité, et le peu de danger qu'elle fait courir à l'enfant. Il préfère cependant recourir au dégagement des bras, lorsque d'emblée il sent une grande résistance à l'engagement.

En 1906, au Congrès de médecine et sciences naturelles de Stuttgart, Labhart fait part de ses résultats obtenus à la maternité de Bâle. Il les compare à ceux obtenus par la méthode classique, et, à tous points de vue, les trouve meilleurs.

Dans sa communication à la Société de Gynécologie d'Hambourg, en 1907, Calmann se déclare tout à fait favorable à la nouvelle méthode.

Par contre, au congrès de Leipzig, en 1907, Veit met en garde les accoucheurs contre cette nouvelle méthode. Il présente l'observation d'un enfant mort de lésions de la colonne vertébrale, avec: fracture transversale entre la 3^e et 4^e vertèbre cervicale, luxation de l'atlas, disjonction de la suture temporale et hémorragies multiples.

Veit s'exprime en ces termes: « Nous avons exercé à plus d'une reprise la méthode de Müller, et nous avons l'impression qu'elle peut être appliquée avec succès; cependant, si elle expose l'enfant, dans un cas simple, à des lésions d'une pareille gravité, nous nous croyons autorisé à modifier notre jugement. Je laisse à ces Messieurs, qui ont la pièce sous les yeux,

la liberté de juger par eux-mêmes. Quant à moi, j'ai interdit l'emploi de cette méthode dans mon service. »

Dans la discussion qui suivit, Scharpenark émit une opinion également défavorable.

Ayant essayé la méthode 24 fois environ, il constata que la méthode ne lui avait réussi que 2 fois, dans tous les autres cas il avait dû avoir recours au haut dégagement des bras.

Cet insuccès du neuf dixième des cas est incompréhensible. Il faut admettre qu'il avait affaire à une série de cas exceptionnellement difficiles, ou bien qu'il abandonnait trop tôt la partie, sans avoir appliqué la manœuvre d'une manière suffisante.

En 1908, à la Société de Gynécologie de Munich, le Docteur Cukor, de Franzensbad, analyse minutieusement le mécanisme de l'extraction, selon Müller. Il réunit toutes les observations publiées jusqu'alors et établit une statistique générale favorable à la méthode.

Cette même année, Labhardt fait paraître un second travail, avec un plus grand nombre d'observations, et apporte des conclusions identiques à celles de son premier travail.

De même le Professeur Rossier publie ses premiers résultats, obtenus à la maternité de Lausanne.

En 1910, Lovrich présente au Congrès international de Médecine de Budapest, une statistique de 743

cas d'extraction. La mortalité infantile ne chiffre que 7 %, alors qu'elle s'élevait à 17,9 % avec l'ancienne méthode. Aucune lésion grave n'est imputable à cette manœuvre; il ajoute que les fractures de la colonne sont toujours causées par des tractions violentes sur la tête.

En 1913, dans la thèse de son élève De Trey, le Professeur Rossier, de Lausanne, apporte la statistique de son service depuis 1908. Il insiste sur le fait que la méthode évite toute manœuvre interne, et reproche seulement à Müller de ne pas s'inquiéter suffisamment des différents diamètres du bassin pour le passage des épaules, et de tourner le dos d'emblée de côté. Il ne faut retourner le dos que plus tard, lorsque les épaules auront franchi le détroit supérieur dans le diamètre oblique.

Les conclusions de cette thèse sont les suivantes :

« La manœuvre de Deventer-Müller est la méthode de choix pour l'extraction de l'enfant dans la présentation du siège, en considération des avantages suivants:

« a) La réduction sensible de la mortalité infantile.

« b) La diminution notable des cas de fracture de la clavicule et de l'humérus.

« c) La diminution appréciable des risques d'infection par l'absence des manœuvres internes.

« d) La simplicité, et partant, la rapidité de la manœuvre. »

La manœuvre de Deventer-Müller réussit sans peine

dans 93,2 % des extractions. Elle n'échoue que dans un petit nombre de cas d'attitude vicieuse et d'étroitesse vulvaire et vaginale.

Les petits rétrécissements pelviens, la grosseur anormale de l'enfant ne gênent qu'exceptionnellement le dégagement spontané des bras.

Sachs, en 1917, indique que la méthode de Deventer-Müller est supérieure à toutes les autres manœuvres décrites pour dégager les bras, et en 1923 redécrit la méthode de Müller.

Calmann, en 1918, recommande la méthode de Müller pour sa rapidité et sa grande simplicité. Il déclare que dans les cas où elle ne réussit pas, elle n'entraîne ni dommage, ni perte de temps, mais facilite généralement l'ancienne méthode.

Rochownick-Heymann, en 1921, soutiennent également cette opinion, et Heymann déclare que les accidents de fractures graves et mort d'enfant ne sont pas dus en général à la méthode de Deventer, mais au mode de dégagement de la tête dernière, qui seule est la vraie dystocie.

Müller, en 1921, à la Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie de Nuremberg, reprend l'étude de son dégagement ; il répond aux critiques qui lui ont été adressées et essaie de montrer que sa méthode lui est particulière et n'a rien de commun avec celle de Deventer ; d'autre part, il essaie de prouver que jamais il ne fait de manœuvres de force.

Nous allons donner presque intégralement le texte même de sa publication :

**Rapport de Müller à la Société d'Obstétrique
et de Gynécologie de Nuremberg
le 30 Janvier 1921**

« Lorsque je fis ma première communication à la Société gynécologique de Munich, le 17 février 1898, sur mon extraction des épaules, qui se basait sur 118 cas, de toutes parts ma nouvelle opinion trouva des oppositions.

Ceci était explicable, car la méthode usuelle avait une importance générale et illimitée, et l'essai de la méthode sur le mannequin échouait fatalement; et cela ne servait à rien de démontrer pratiquement et avec schéma que le diamètre biacromial est plus petit les bras étant relevés, qu'étant étendus le long du tronc.

Depuis cette époque, je n'ai plus jamais fait de communication sur cette question. Mais la méthode a fait son chemin et elle est approuvée et adoptée dans la plupart des grands centres obstétricaux.

Ceci et d'autres points m'incitent à m'expliquer sur elle et à préciser les points différents de la manœuvre voisine de Deventer. A l'inverse de l'ancien abaissement des bras, qui s'occupe surtout de la position des bras, je considère ceci comme secondaire et même je considère le relèvement des bras comme favorable. Ce sont les épaules qui, dans leur façon de se comporter, ont le plus d'importance.

Assujettie au manubrium, la ceinture scapulaire,

avec l'acromiom comme point le plus éloigné, peut se mouvoir de tous côtés ainsi qu'un cône. Si l'épaule est poussée en haut, en avant ou en arrière, le diamètre biacromial diminue et le passage est facilité à travers la portion étroite. L'entrée et la sortie du bassin sont facilitées. Une épaule est-elle poussée au-dessous de la portion la plus étroite (symphyse ou ligne innominée), l'anneau du détroit supérieur se place entre la tête et l'épaule. L'épaule descend d'elle-même, parce que le diamètre diminué d'une épaisseur d'épaule, c'est-à-dire diamètre du cou à l'autre épaule, peut se placer et l'épaule restante a gagné de la place pour progresser. Labhart compare très justement ceci au passage à travers une grille étroite : nous passons d'abord une épaule, puis l'autre. Dans la tête première avec tronc qui suit, le gain n'est pas aussi grand que dans la tête dernière, avec le cou succédant aux épaules.

Dans les essais sur mannequin, avec enfant mort, la tension des muscles, l'élasticité, la lubrification n'entrent pas en jeu comme ils le font habituellement dans un accouchement, où, tout au plus, il peut être nécessaire d'aider à la sortie de l'avant-bras, avec l'index.

J'essaie constamment par traction et élévation de porter l'épaule antérieure au-dessous de la symphyse, car ainsi le gain est le plus considérable. Ceci ne réussit-il pas ? Je tire en haut par élévation du tronc pour faire passer l'épaule postérieure, mais jamais au-dessus de l'horizontale.

Ainsi, il se fait place pour l'épaule antérieure sous la symphyse.

Dans certains cas, ces manœuvres d'élévation et d'abaissement doivent être répétées souvent avec des tractions soutenues.

Si l'on ne dépasse pas l'horizontale, aucun dommage ne peut survenir. C'est seulement si l'on tire violemment le tronc vers le haut, alors que les épaules sont encore très haut dans le bassin, que peut survenir une lésion de la colonne dorsale ou lombaire.

Une lésion de la colonne dorsale se produisit une fois à la clinique de Bâle, par cette faute ; ceci s'explique par l'axe du bassin.

Une fracture de la colonne cervicale, comme Veit l'a présentée, est impossible par l'application de ma méthode ; car, même avec une symphyse très haute, le cou de l'enfant est suffisant pour permettre l'extraction du bras postérieur sans manœuvre brutale.

Labhardt dit avec raison dans sa contradiction de Veit que, si, une telle fracture de la colonne cervicale devait survenir, ce serait une fracture latérale et non transversale. La fracture de Veit a dû survenir au moment de l'extraction de la tête.

Une lésion peut se produire seulement entre la résistance et le point d'application de la force (dans notre méthode entre la ceinture scapulaire et le bassin), soit sur la colonne lombaire, soit sur la colonne dorsale, mais non entre la tête et la colonne dorsale.

Dans le cas de Veit, ou bien l'opérateur a continué à tirer après la fin de la manœuvre (ce qui n'est plus

la manœuvre de Müller) ou bien la fracture est survenue lors de l'extraction de la tête.

Plus on a de pratique, plus on exerce des tractions d'une manière calme et tranquille, d'autant plus rarement se produisent des fractures de la clavicule, même dans les bassins étroits.

Tandis que, dans mon premier rapport, j'avais signalé plusieurs lésions de ce genre, depuis cette époque, je n'en ai eu que deux. Mais si la disproportion entre le bassin et les épaules est trop grande, on peut dire que la fracture est la conséquence de cette disproportion. La tête dernière occasionne alors, elle aussi, des difficultés, avec pour conséquence, la mort de l'enfant le plus souvent. Si les épaules sont la grande dystocie, ce n'est pas payer trop cher d'une fracture de la clavicule le fait d'avoir sauvé un enfant.

L'application de forceps sur tête dernière, avec laquelle j'ai sauvé beaucoup d'enfants, ne peut pas être faite par tout le monde.

Je n'ai plus vu de fracture du bras, bien que je traite les cas les plus difficiles, par ma méthode. Je n'insiste cependant pas d'une façon exclusive, et lorsque cela me semble pratique, je reviens à l'ancien procédé, c'est de plus en plus rarement le cas.

Si les bras sont relevés derrière la nuque, on peut agir de différentes façons. Ou bien, lorsque l'épaule est au-dessous de la symphyse, on tire le bras le long du cou jusqu'au devant de la poitrine et jusqu'à la sortie de l'arcade pubienne (l'épaule est ainsi abaissée et la tête remontée) ; ou bien, soit qu'il s'agisse

de débutant, soit de mauvais bassin, on arrive à dérouler le bras et à le rendre libre en retournant l'enfant, l'épaule postérieure apparaît alors d'elle-même sous la symphyse, et le bras maintenant postérieur peut être dégagé.

On doit comprendre, ce qui n'est expliqué clairement nulle part, que les épaules ont à traverser deux portions étroites : l'entrée et la sortie du bassin.

Pour le dégagement de l'épaule antérieure, ces deux portions coïncident, car aussitôt que l'épaule antérieure se trouve derrière la symphyse, elle descend au-dessous d'elle, puis passe en avant. L'épaule postérieure a d'abord à vaincre l'entrée du bassin, c'est-à-dire la ligne innominée, ce qui se produit par l'élévation de l'enfant jusqu'à l'horizontale ; elle doit vaincre ensuite la sortie du bassin, ce qui est fait par une nouvelle élévation de l'enfant, la plupart du temps sans tractions fortes.

Dans sa thèse, Slater a montré, comme je l'ai indiqué dans mon premier travail, qu'en 1701, Deventer est déjà intervenu comme moi. Mais bien que Slater cherche à prouver l'identité des deux procédés, il appelle cette méthode, non pas « Deventer-Müller », mais seulement « méthode de Müller ».

Les auteurs, par la suite, ont en partie choisi le titre de « Deventer-Müller ».

Aussi brillante que soit pour moi cette association, je ne peux la considérer comme exacte et justifiée. Deventer agit d'après une conception et une appréciation tout à fait différentes. Il extrait simplement le bras postérieur et laisse le bras antérieur relevé, pour

protéger le cou de la rétraction utérine. Il semble que ceci, très rare actuellement, ait été plus fréquent lorsqu'on ne connaissait pas l'anesthésie. Deventer ne semble pas avoir la notion de l'importance des épaules ; c'est pourquoi il ne fait pas l'abaissement de l'épaule antérieure, ce qui, pour moi, est la chose la plus importante.

L'ancien abaissement des bras ne s'inquiète pas des épaules. Deventer ne s'inquiète ni des bras, ni des épaules, et moi, en première ligne, je m'occupe des épaules ; je dois donc considérer la méthode de Deventer comme tout à fait différente de la mienne. »

Döderlein, en 1925, à propos d'un cas de luxation sterno-claviculaire, étudie encore l'accouchement par le siège, suivant la technique d'Arthur Müller.

Il l'emploie à sa clinique, et si, par hasard, elle ne réussit pas, il a recours à l'abaissement classique des bras qui est rendu plus facile.

Il trouve que les fractures humérales et claviculaires sont moins nombreuses, mais il admet qu'elles se voient quelquefois et que l'on peut même rencontrer des accidents beaucoup plus graves et plus rares.

Il a vu deux fractures de la colonne vertébrale et une luxation sterno-claviculaire qu'il étudie.

Il ne renonce pas pour cela à la méthode, mais à la moindre difficulté a recours à l'abaissement classique.

Nous avons étudié jusqu'ici les publications allemandes, qui sont certainement les plus nombreuses et s'intéressent surtout à Müller.

Mais, dans les autres pays, on s'est occupé également de cette méthode, la décrivant tantôt sous le nom de « Méthode de Deventer », tantôt sous le nom de « Manœuvre de Müller », tantôt sous aucun nom particulier.

Récemment, en 1923, Brugnatelli fait un article sur la méthode qu'il appelle « Manœuvre de Deventer-Müller », dans la *Revue d'Obstétrique et Gynécologie* de Palerme. Il nous a été impossible de nous procurer cet article.

Dans les pays de langue anglaise, on note de nombreuses publications. En 1887, c'est-à-dire avant la première publication de Müller, Bartlett fait une étude sur la Méthode de Deventer, au Congrès International de Médecine de Washington.

Mais nous voulons surtout retenir une publication faite dans *The Journal of the American Medical Association* du 20 mars 1920, par Harbeck Halsted.

Cet auteur décrit, comme Deventer autrefois, sa méthode particulière de dégagement des épaules et des bras, mais il ne cite ni Deventer, ni Müller.

Le texte de la publication est le suivant :

« Analyse de cinquante-six cas de présentation du siège ; description d'une méthode dans laquelle l'extraction manuelle des bras étendus est rarement nécessaire. »

Voici cette technique :

« Le siège dégagé, l'enfant est couvert d'un linge

chaud et humide, des tractions modérées sont effectuées en bas et en arrière, aidées d'une pression abdominale, jusqu'à ce que l'ombilic soit sorti ; alors, anse au cordon.

« Nouvelles tractions en bas et en arrière, en maintenant le diamètre biacromial dans le diamètre antéro-postérieur du bassin, jusqu'à ce que l'épaule soit sous la symphyse, le bras antérieur se dégage aisément.

« Alors, on élève le corps de l'enfant au-devant du ventre de la mère, le bras postérieur se dégage. »

Il décrit les points importants de la manœuvre :

1° Tractions exercées le plus possible en bas et en arrière, la malade étant sur le bord d'une table.

2° Il ne faut pas aller à la recherche des bras étendus, à moins d'être certain qu'il existe un relèvement dorsal, c'est-à-dire un bras retenu derrière l'occiput. Dans toutes les autres positions, les bras sortiront du pelvis, si les tractions sont suffisantes et bien dirigées.

Plus loin, il donne une statistique de ses différents cas et conclut de la façon suivante, au point de vue de la dystocie des bras :

« L'extraction manuelle des bras étendus est rarement indiquée.

« Cette extraction manuelle ne fut employée que deux fois dans cette série de cinquante-six cas, et dans les deux cas, l'enfant est mort. »

Il est à remarquer que la méthode employée est, à peu de chose près, celle décrite par Deventer, sans pourtant qu'en aucun moment de la publication une allusion à cet auteur soit faite.

En France, cette méthode n'est pas admise, et même, dans les ouvrages classiques, on ne fait qu'une légère remarque sur Müller, dont on repousse la manœuvre.

Deventer n'est pas connu, on s'occupe surtout du relèvement des bras, sans attacher une grande importance aux épaules, et l'abaissement manuel est seul de règle.

Dans les différentes publications parues sur la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège, on ne parle en aucun moment de la méthode de Deventer.

Dans sa thèse de Lyon (1902) sur « l'abaissement des bras et en particulier du bras antérieur dans l'extraction du fœtus par les pieds », Ugel fait l'histoire de la question, mais n'étudie que la méthode classique.

Dans les *Annales de Gynécologie et Obstétrique* de 1914, à la suite de l'article de De Trey, résumant sa thèse de Lausanne sur la Méthode Deventer-Müller, le Professeur Pinard ajoute la note suivante :

« Après la lecture de la thèse du Docteur R. de Trey et celle de l'intéressant article qui précède, nous restons fidèle à la Méthode de Champetier de Ribes pour l'extraction de l'enfant se présentant par le siège, dans les bassins étroits, et à la méthode de Mauriceau modifiée et précisée, pour l'extraction de l'enfant se présentant par le siège dans les bassins normaux. »

En février 1921, M. Trillat fait une communication à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon sur :
« l'abaissement des bras par tractions sur le tronc

(Méthode de Deventer) ». Rien n'est changé aux premiers ni aux derniers temps de la manœuvre classique de la grande extraction du siège tels qu'ils ont été précisés par Farabeuf et Varnier ; seul, le temps d'abaissement des bras est profondément modifié « et, dit l'auteur, je me suis vite rendu compte que les prétendues améliorations apportées par Müller à la manœuvre beaucoup plus simple décrite au XVIII^e siècle par Deventer, compliquaient singulièrement et d'une façon dangereuse la méthode très simple de l'Accoucheur hollandais. »

« Les avantages sont multiples : pas de manœuvre intra-utérine dangereuse pour les parties molles maternelles, et pas de risque d'infection ; pas de fracture de l'humérus ni de la clavicule, rapidité d'exécution. »

L'auteur apporte douze cas : Deux fois, il s'agissait de bassins rétrécis avec enfants de gros volume (3 kil. 800 et 3 kil. 600).

Dans tous les cas, la grande extraction par les pieds avait dû être réalisée.

Dans tous les cas, les bras étaient vraiment relevés et trois fois le bras postérieur avait dû être attiré au dehors avec l'index.

Tous les enfants étaient nés vivants, aucune lésion fœtale, ni maternelle n'avait été rencontrée.

Dans la discussion qui suivit, on critiqua la méthode, disant qu'elle n'était valable que dans les cas faciles où les bras n'étaient pas relevés et dans lesquels toute méthode, quelle qu'elle soit, pouvait être utilisée. Par contre, chez les primipares, et dans les bassins rétrécis, elle ne pouvait être employée.

Il semble pourtant que, dans les douze cas présentés, il s'agissait, soit de primipares, soit de gros enfants, soit de bassins rétrécis, et que toujours les bras étaient relevés.

Etude critique

Lorsque Müller reprit, en 1898, l'étude de la méthode décrite par Deventer en 1701, depuis longtemps, le procédé de Deventer était tombé dans l'oubli : on ne s'occupait plus alors que de Müller.

Ceci explique les noms différents que porte cette méthode : Soit « Deventer », soit « Müller », soit « Deventer-Müller », et même, nous avons pu voir dans l'article de « Halsted », en 1920, la méthode décrite sous aucun de ces noms.

En réalité, les deux procédés sont-ils tout à fait dissemblables ?

Pour Müller, oui ; dans son rapport fait en 1921 à la « Société d'Obstétrique et de Gynécologie » de Nuremberg, il se défend d'avoir une conception et un procédé semblables à ceux de Deventer. « L'ancien abaissement des bras, dit-il, ne s'occupe pas des épaules, Deventer ne s'occupe ni des bras ni des épaules, et moi, je m'occupe en première ligne des épaules. »

Que Deventer, dans son texte même, ne prononce pas le mot d'épaule, peut-être ; mais sa méthode est tout à fait empirique ; il n'a pas établi de bases anatomiques ni physiologiques. Cependant, par le procédé qu'il décrit, il est incontestable qu'il agit sur les

épaules. Sur ce point, le procédé n'est pas aussi différent que Müller le déclare.

Müller reproche à Deventer d'attacher une grosse importance à la rétraction utérine sur la tête dernière et de laisser un bras relevé pour éviter cette complication. Mais, dans la méthode elle-même, ce point paraît secondaire, Deventer ne s'occupe pas seulement du relèvement des bras, mais de toutes les difficultés de l'accouchement par le siège. La méthode, telle qu'il l'a décrite, n'est certainement ni complète, ni précise, mais c'est lui qui en a découvert le véritable principe.

Où les deux procédés paraissent par contre différents, c'est dans le mode d'application.

Deventer a une méthode qui n'est pas une méthode de force. Il la considère lui-même comme insuffisante dans certains cas, et il la complète par l'abaissement classique des bras. Müller semble au contraire vouloir pousser le procédé à l'extrême. Il exerce des tractions oscillantes nombreuses, sans craindre même les fractures de la clavicule, et n'emploie le procédé classique que tout à fait exceptionnellement. C'est la cause de la mésentente qui existe et des nombreuses objections que l'on a pu faire.

La méthode que nous étudions actuellement se rapproche peut-être davantage de celle de Deventer, puisque, sans jamais avoir exercé de tractions très fortes et susceptibles de devenir dangereuses, nous employons le procédé classique lorsqu'elle paraît insuffisante.

Le premier point sur lequel nous voulons insister est la très grande simplicité de la méthode. L'abaissement classique des bras est un procédé, en général, très compliqué. L'introduction de la main est souvent difficile et, plus tard, la recherche du bras devient, en certains cas, un véritable problème. Nous avons vu plus haut que les auteurs, partisans de l'abaissement classique, ont décrit des procédés très différents les uns des autres. Même lorsque l'on est au contact de l'épaule et de l'humérus, l'abaissement n'a souvent lieu qu'au prix d'une fracture de l'humérus et toujours la manœuvre est longue. Par contre, lorsque la technique décrite par Deventer réussit, l'exécution en est simple et très rapide.

Nous ne voulons pas revenir sur les bases anatomiques du procédé : Müller les a bien établies, soit en 1898, soit en 1921, montrant la diminution du diamètre d'engagement suivant la position donnée au fœtus.

Les bases physiologiques sont certaines également. Si nous supposons un accouchement spontané du siège, avec un enfant de volume moyen, un bassin large, des parties molles souples, en somme, des conditions idéales, on verra successivement l'épaule antérieure se dégager, puis l'épaule postérieure. C'est ce mode de dégagement physiologique que l'on doit essayer de reproduire, lorsque les conditions idéales supposées plus haut ne sont pas réalisées.

Le procédé de Deventer n'est en quelque sorte qu'un aide à cet accouchement idéal. On agit sur le siège de

l'enfant pour diriger les épaules et les aider à se dégager l'une après l'autre.

A cela on objecte que cette méthode n'a aucun avantage, qu'elle ne réussit que dans les cas simples, où tout peut réussir, mais qu'elle est insuffisante dans les cas difficiles où les bras sont relevés. Mais la méthode de Deventer n'a pas été décrite spécialement pour le *relèvement des bras*. Elle n'a pas la prétention d'abaisser tous les bras relevés ; elle permet de ne pas craindre ce relèvement et de ne pas le considérer comme la plus mauvaise dystocie des présentations du siège.

En réalité, les bras étant relevés, la méthode est le plus souvent suffisante. En 1921, les observations présentées par M. Trillat, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, concernaient des enfants de gros volume, ayant tous les bras relevés. Il n'y avait pas eu d'échec de la méthode.

Et si nous comparons les résultats obtenus par ce procédé, en 1928 et 1929, à la Maternité de la Charité de Lyon, à ceux obtenus en 1912 et 1913 dans cette même Maternité, avant qu'il ait été employé, l'impression qui se dégage est que, avec un plus grand nombre d'accouchements en 1928 et 1929, beaucoup moins souvent le diagnostic de « relèvement des bras » a été porté.

L'objection aurait une grande valeur, si le fait d'avoir pratiqué la Méthode de Deventer empêchait d'employer dans la suite le procédé classique, ou même simplement si cette manœuvre dite « de Pajot »

devenait plus difficile et plus dangereuse pour l'enfant. Mais ceci n'est pas, et Müller a eu le mérite de montrer, après Deventer, mais plus nettement, le rôle, soit du pubis, soit de la ligne innommée, selon la position de l'enfant, qui favorisent l'abaissement spontané des bras relevés.

D'ailleurs, si nous relisons les traités classiques les plus récents, il est bien indiqué, pour aller à la recherche du bras antérieur, d'attirer le siège de l'enfant en bas, du côté du rectum, et de relever ce siège, au contraire, pour abaisser le bras postérieur. Ceci est en somme une ébauche de la Méthode de Deventer.

Et, dans les différentes publications que nous avons étudiées antérieurement, tous les auteurs ont eu l'occasion de pratiquer l'abaissement classique après un « Deventer-Müller » insuffisant, sans qu'ils aient rencontré une difficulté quelconque. Ils reconnaissent même unanimement que la manœuvre est rendue plus facile.

Certains auteurs ont voulu reconnaître comme avantage de la méthode : une réduction de l'infection puerpérale. Il est évident que, théoriquement, puisqu'on ne pratique aucune manœuvre interne, les chances d'infection deviennent moins nombreuses ; il ne semble pas cependant que l'abaissement classique, fait correctement, soit une grande cause d'infection.

Par contre, la question des déchirures périnéales paraît plus intéressante.

Il semble qu'avec le procédé de Deventer on rencontre moins de grandes déchirures, et ceci s'explique facilement.

La dystocie des épaules et des bras relevés se rencontre, le plus souvent, avec un bassin juste, un gros enfant, les parties molles résistantes.

L'enfant est déjà serré dans un canal très étroit, et la main est un véritable corps étranger que l'on ne peut introduire que très difficilement.

Quelquefois, la déchirure a été amorcée au passage du siège, l'introduction de la main la rend plus grande, et si l'on doit aller très haut à la recherche d'un bras, il est impossible d'empêcher qu'elle ne devienne complète.

A cela, on objectera qu'après avoir appliqué la Méthode de Deventer, l'introduction de la main est rendue plus difficile.

Mais le « Deventer » est le plus souvent suffisant ; et, dans le cas de dystocie due à la rigidité des parties molles, la manœuvre prudente distend déjà et rend plus souples les parties molles. Enfin, la méthode classique n'est plus aussi difficile à appliquer. Il n'est pas nécessaire, en général, d'introduire toute la main dans le vagin, deux doigts suffisent le plus souvent pour abaisser un bras.

Il nous reste à étudier les différentes lésions traumatiques que peut présenter l'enfant. Ce sont elles qui sont à la base des principales objections faites jusqu'à ce jour.

Fractures de l'humérus

Il est certain qu'elles sont moins fréquentes qu'avec l'emploi de la méthode classique.

Elles ont pour cause une traction directe sur l'humérus et sont en général le résultat d'une manœuvre d'abaissement des bras difficile ou mauvaise.

Lorsque le « Deventer » est suffisant, il n'y a pas de fracture possible.

Lorsque le « Deventer » est insuffisant, la question est de savoir s'il est plus difficile de saisir le point d'élection pour abaisser ce bras.

Les statistiques que nous avons étudiées et celles de la Maternité de la Charité de Lyon que nous verrons ultérieurement, répondent que non, et nous n'avons trouvé qu'exceptionnellement des fractures de l'humérus.

Fractures de la clavicule

La question est plus délicate, parce que, dans sa première publication, Müller parle très souvent de ces fractures, et dans certains cas, il n'hésite pas à les provoquer.

Pourtant, dans sa deuxième publication de 1921, il revient sur son opinion première.

« Alors, dit-il, que, dans mon premier rapport, j'avais signalé plusieurs lésions de ce genre, depuis cette époque, je n'en ai eu que deux. Mais si la dispro-

portion entre le bassin et les épaules est trop grande, on peut dire que la fracture est la conséquence de cette disproportion. La tête dernière occasionne alors, elle aussi, des difficultés, avec, très souvent, comme conséquence, la mort de l'enfant. Si les épaules sont la grande dystocie, ce n'est pas payer trop cher d'une fracture de la clavicule le fait d'avoir sauvé un enfant. »

Il ajoute plus loin :

« Plus on a de pratique, plus on exerce des tractions d'une manière calme et tranquille, d'autant plus rarement se produisent dans les bassins étroits des fractures de la clavicule. »

Il ressort pourtant de ces deux publications, que l'on voit des fractures de la clavicule, et les fractures de la clavicule sont graves chez les nouveau-nés.

Le « cléidorhexis », dont parlait Müller en 1898, a été la cause des très nombreuses attaques qui lui ont été adressées. Peut-être, d'ailleurs, est-ce à juste raison que le procédé de Müller a été considéré comme brutal.

Pour avoir une opinion précise, il faut d'abord savoir si, en pratiquant l'abaissement classique, on est exempt de ces fractures. Il est certain que cette lésion peut se voir ; et dans les statistiques que nous publions, nous trouvons une fracture de la clavicule avec l'abaissement classique, et nous n'en trouvons pas avec la Méthode de Deventer.

Il semble que les fractures de la clavicule soient dues à des manœuvres de force, à des tractions répétées et

brutales. De ce fait, les tractions oscillantes de Müller peuvent être responsables de ces lésions.

En employant une méthode prudente, il n'y a aucune raison de rencontrer beaucoup plus de fractures de la clavicule qu'avec le procédé classique, puisque, dans les cas trop difficiles, on a recours à ce procédé.

Fractures de la colonne vertébrale

Là encore, pour étudier ces raisons, nous aurons recours au texte cité plus haut.

L'accoucheur qui vraiment a porté un coup sérieux à la Méthode de Müller est Veit, avec son observation citée antérieurement d'un cas de fracture de la colonne cervicale, dans un accouchement facile.

Quelle valeur doit-on accorder à son verdict ?

Il paraît tout à fait injustifié de condamner d'emblée une méthode en se basant sur un seul cas défavorable. D'autre part, nous ne pouvons tirer une conclusion décisive d'un cas dont on nous laisse ignorer les données essentielles, telles que : les mesures du bassin, celles de l'enfant et les conditions de l'opération.

Labhardt reproche également à Veit le caractère arbitraire de son jugement ; il estime, avec raison, qu'il est peu vraisemblable qu'une série de lésions aussi graves (fracture de la colonne cervicale, luxation de l'atlas, disjonction de la suture temporale), aient pu se produire dans un « cas simple » et dans des conditions normales.

« Pour expliquer ces lésions, dit-il, il faut admettre que l'opérateur ait déployé une force exagérée et qu'il n'ait pas tiré dans le bon axe. La disjonction de la suture temporale est la preuve de la disproportion qui devait exister entre le bassin et la tête. Quelle preuve avons-nous que la fracture de la colonne et la luxation de l'atlas se soient produites pendant le passage des épaules plutôt qu'à la traction sur la tête. »

Cukor dit franchement que la critique de Veit porte à faux ; que la lésion n'a aucune corrélation avec la méthode de Müller.

« Une lésion de la colonne vertébrale, dit-il, ne peut être causée, en aucun cas, par cette manœuvre, pour la raison bien simple qu'à ce temps de l'opération, c'est la ceinture scapulaire qui supporte tout l'effort, et, de ce chef, protège la colonne cervicale, en interceptant la force agissante. Cette fracture ne peut se produire qu'à la traction suivante sur la tête. »

Dans la dernière statistique de Labhardt, on relève encore trois cas de fracture de la colonne. Mais deux fois la fracture fut manifestement la conséquence d'un « Mauriceau » laborieux et d'un « Prague » où l'opérateur dut déployer toute sa force. Quant au troisième cas, « Von Herff » attribua la lésion à une fausse manœuvre de la sage-femme qui opérait.

Labhardt écarte la possibilité d'une fracture de la colonne pendant la première traction dirigée vers le bas ; c'est à la seconde traction, en élevant fortement le corps de l'enfant, que la limite de flexibilité de la colonne peut être dépassée.

« Mais, dit-il, cette élévation se pratique dans les

mêmes limites, lorsqu'on veut dégager les bras classiquement. »

La méthode de Müller ne semble pas exposer l'enfant aux fractures de la colonne, au plus haut degré que le dégagement classique des bras.

Labhardt ajoute : « On observera des fractures de la colonne aussi longtemps que l'on fera des extractions. »

Écoutez Müller dans son deuxième rapport de 1921 :

« Si, dit-il, dans la manœuvre de redressement du tronc de l'enfant, pour dégager le bras postérieur, on ne dépasse pas l'horizontale, aucun dommage ne peut survenir. C'est seulement si l'on tire violemment le tronc vers le haut, alors que les épaules sont encore très haut dans le bassin, que peut survenir une lésion de la colonne lombaire ou dorsale. » — « Une fracture de la colonne, comme Veit l'a présentée, est impossible, car, même avec une symphyse très haute, le cou de l'enfant est suffisant pour permettre l'extraction du bras postérieur sans manœuvres brutales. Labhardt dit avec raison que, si une fracture de la colonne cervicale devait survenir, ce serait une fracture latérale et non transversale. » — « Une lésion peut se produire seulement entre la résistance et le point d'application de la force (entre la ceinture scapulaire et le bassin) au niveau de la colonne lombaire ou dorsale mais pas au niveau de la colonne cervicale. Dans le cas de Veit, ou bien l'opérateur a tiré après la fin de la manœuvre, ou bien la fracture est survenue lors de l'extraction de la tête. »

Il semble logique d'admettre, que les fractures de la colonne cervicale ne doivent pas être imputées à la méthode. Restent les autres fractures de la colonne vertébrale. Nous n'en avons pas rencontré, et Müller, comme nous venons de le voir, indique, pour les éviter, de ne jamais relever l'enfant au-dessus de l'horizontale.

De toute façon, nous admettons que si nous n'en trouvons pas dans nos statistiques, c'est que nous ne poussons jamais les tractions à l'extrême; car il semble, que plus on fait de tractions oscillantes, plus on augmente l'amplitudes des oscillations, et plus on se rapproche de la limite de flexibilité de la colonne vertébrale.

Paralysies du plexus brachial

Cet accident est celui dont les auteurs paraissent s'être le moins occupé.

Il semble pourtant que dans les cas de relèvement des bras, l'élongation du plexus brachial soit favorisé; mais, la pathogénie et le mécanisme de ces paralysies sont l'objet de nombreuses discussions et doivent être à l'ordre du jour dans un Congrès prochain d'Orthopédie.

Dans la statistique que nous avons établie, nous n'avons trouvé qu'une paralysie du plexus brachial en deux ans; le « Deventer » avait été insuffisant et l'on avait dû recourir à l'abaissement classique. Il s'agissait d'une primipare avec un enfant pesant

4 kgs 420, la paralysie atteignait le bras postérieur. Il est difficile de savoir exactement si le « Devenir » est en cause.

On sait que ces paralysies peuvent survenir dans des accouchements spontanés de quelque présentation qu'il s'agisse, souvent dans des présentations de la face, ou dans des bassins rétrécis ou lorsque l'accouchement est laborieux. On admet, dans ces cas, que les racines du plexus brachial sont comprimées par la clavicule, le pubis de la mère, ou bien tiraillées par torsion du cou.

Elles surviennent également souvent dans les présentations du siège où la tête dernière est difficile à dégager. — Roulland admet également que les doigts en fourche, placés sur la nuque, compriment les côtés du cou au point dit « d'Erb ».

Duval et Guillain admettent que dans les présentations céphaliques, l'abaissement exagéré de l'épaule ou l'élévation forcée du bras produisent un arrachement du plexus et même des lésions médullaires par tiraillement.

Hutinel et Voisin rapportent douze cas de paralysie dans des présentations du siège traitées par la même sage-femme, et incriminent la brutalité des manœuvres.

Il est impossible, au milieu de toutes les hypothèses, d'émettre une opinion certaine. Il semble qu'une dystocie des épaules et des bras relevés dans les présentations du siège ne produisent pas une élongation

du plexus brachial, puisque les épaules se meuvent, par rapport à la tête, dans le sens absolument opposé à celui décrit par Duval et Guillaïn.

La paralysie ne serait pas due à la dystocie des épaules, mais à la difficulté de la tête dernière.

Méthode de Deventer telle que nous l'avons employée

1° Après l'anse au cordon, le tronc fœtal est abaissé jusqu'à ce que la pointe de l'omoplate apparaisse à la vulve.

A ce moment, les tractions sont continuées, le tronc fœtal est fortement abaissé en bas, du côté du plan du lit et dans la plupart des cas, par cette simple manœuvre, l'épaule antérieure est amenée sous la symphyse pubienne, le bras se dégage seul en glissant le long de la branche descendante du pubis (*Voir figure I*).

2° On élève alors le tronc fœtal et le bras postérieur s'engage à son tour dans la cavité pelvienne, puis apparaît à la vulve (*Voir figure II*).

Dans certains cas, lorsque le premier temps ne réussit pas d'emblée, nous n'insistons pas, mais nous passons au deuxième temps. La méthode se pratique alors en sens inverse.

Très souvent, lorsque le bras ne se dégage pas spontanément, le coude apparaît à la vulve; il est alors fa-

cile de dégager l'avant-bras et le bras avec un ou deux doigts.

Nous ne répétons pas d'une manière brutale des tractions oscillantes, et nous avons recours, lorsque la manœuvre est insuffisante, à l'abaissement classique qui nous paraît être rendu beaucoup plus facile.



FIG. N° 1

Premier temps de la méthode de DEVENTER.
Le tronc de l'enfant est tiré fortement en bas
pour le dégagement de l'épaule antérieure



FIG N° 2

Deuxième temps de la méthode de DEVENTER

Le tronc de l'enfant est tiré en haut
pour le dégagement de l'épaule postérieure

Résultats de notre statistique

Nous allons étudier les différents accouchements en présentation du siège, effectués pendant les années 1928 et 1929 à la Maternité de l'Hôpital de la Charité, à Lyon, dans le service de M. Trillat.

Pendant ces deux années, la méthode de « Devenir », telle que nous l'avons décrite, a été appliquée systématiquement.

Nous passerons ensuite en revue les différents accouchements pratiqués dans les mêmes conditions en 1912 et 1913, alors que la méthode classique d'abaissement des bras était seule admise.

Nous présenterons, d'autre part, quelques observations de versions pratiquées pendant ces quatre années, soit dans les présentations de l'épaule, soit dans les présentations du sommet.

Nous éliminerons d'emblée les enfants macérés ou ayant un poids inférieur à 2.500 gr.; et également nous ne nous occuperons pas des accouchements par le siège et des versions pratiquées dans le cas de grossesse gémellaire, parce que dans ces, l'extraction est très simplifiée.

Nous diviserons, arbitrairement, et pour la commodité de l'étude, chaque année en trois groupes :

- 1° Les présentations du siège complet ;
- 2° Les présentations du siège décomplété;
- 3° Les versions.

A la suite de chacun de ces groupes, nous résumerons rapidement les résultats obtenus.

Année 1928

Présentations du siège complet

Février. — N° 244. — 3^e grossesse. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.250. — Rien à signaler.

Février. — N° 246. — 1^{re} grossesse. — 37 ans. — Poids de l'enfant : 3.250. — Un point sur le périnée.

Février. — N° 314. — 1^{re} grossesse. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.100. — Durée du travail : 46 h. 15. — Rupture des membranes 52 heures avant le début des douleurs. — Grande extraction du siège pour longueur du travail, le siège n'étant pas complètement dilaté ; « De-venter » suffisant ; enfant légèrement étonné ; trois points sur le périnée ; délivrance artificielle. — Suites de couches fébriles. — La malade quitte le service le quinzième jour.

Mars. — N° 462. — 1^{re} grossesse à terme. — Trois avortements antérieurs. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 3.020. — Un point sur le périnée.

Avril. — N° 553. — 2^e grossesse. — 30 ans. — Poids de l'enfant : 3.350. — Rien à signaler.

Avril. — N° 612. — 2^e grossesse. — 25 ans. — Poids de l'enfant : 3.100. — Rien à signaler.

Mai. — N° 754. — 2^e grossesse. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.300.

Mai. — N° 777. — 1^{re} grossesse. — 38 ans. — Poids de l'enfant : 2.900. — Grande extraction pour procidence du cordon ; rupture des membranes onze heures avant le début du travail ; mort apparente du nouveau-né ; convulsions les jours suivants ; la ponction lombaire amène du sang ; décès de l'enfant au cinquième jour ; les suites de couches sont normales.

Mai. — N° 846. — 1^{re} grossesse. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 3.150.

Juin. — N° 982. — 1^{re} grossesse. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.500. — Un point sur le périnée. — Quelques crises convulsives de l'enfant et tension de la grande fontanelle ; ponction lombaire, liquide hémorragique ; traitement spécifique. — Les crises disparaissent.

Juin. — N° 1016. — 2^e grossesse. — 33 ans. — Poids de l'enfant : 2.750.

Juillet. — N° 1143. — 1^{re} grossesse. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 2.900.

Juillet. — N° 1164. — 2^e grossesse. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.300.

Septembre. — N° 156. — 1^{re} grossesse. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.550. — « Devenir » suffisant ; « Mauriceau » difficile.

Octobre. — N° 1602. — 3^e grossesse. — 25 ans. — Poids de l'enfant : 3.360. — Bassin plat : P. S. P., 10,2. — Deux premiers enfants petits. — « Devenir » facile ; « Mauriceau » difficile. — Enfant étonné ; se ranime après dix minutes de soins.

Octobre. — N° 1635. — 1^{re} grossesse. — Poids de l'enfant : 3.100. — Grande extraction pour insuffisance des contractions. — « Devenir » suffisant ; « Mauriceau » difficile. — Refoulement coccygien. — La malade a des B. K. dans ses crachats.

Octobre. — N° 1643. — 2^e grossesse. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 2.520.

Octobre. — N° 1681. — 1^{re} grossesse. — 30 ans. — Poids de l'enfant : 3.650. — Version impossible pendant la grossesse. — Relèvement des bras. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique. — Fracture du bras antérieur. — Deux points sur le périnée.

Novembre. — N° 1745. — 1^{re} grossesse. — 32 ans. — Poids de l'enfant : 3.310. — Durée du travail : 22 heures. Rupture prématurée des membranes 24 heures avant le début du travail.

Novembre. — N° 1779. — 1^{re} grossesse. — 20 ans. — Poids de l'enfant : 3.080.

Novembre. — N° 1862. — 1^{re} grossesse. — 22 ans. — Poids de l'enfant : 2.720. — Deux points sur le périnée.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE COMPLET EN 1928

Nombre total d'accouchements : 21.

Décès de l'enfant : 1, n° 771.

Fractures de l'humérus : 1, n° 1681 (abaissement classique).

Infections puerpérales : 1, n° 1602.

Lésions du périnée : pas de déchirure appréciable.

Primipares : 13, n°s 246, 314, 462, 777, 846, 982, 1143,
1576, 1635, 1681, 1745, 1779, 1862.

« Devenir » insuffisant : 1, n° 1681.

Gros enfants : pas d'enfant au-dessus de 4 kgs.

Année 1928

Présentations du siège décomplété

Janvier. — N° 17. — 1^{re} grossesse. — 17 ans. — Poids de l'enfant : 2.780. — Rupture des membranes 3 heures avant le début du travail. — Un point sur le périnée.

Janvier. — N° 27. — 2^e grossesse. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.220.

Janvier. — N° 52. — 2^e grossesse. — Poids de l'enfant : 2.730.

Février. — N° 165. — 2^e grossesse. — 23 ans. — Poids de l'enfant : 4.000. — Version impossible pendant la grossesse.

Mars. — N° 337. — 1^{re} grossesse. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 3.150. — Deux points sur le périnée. — Délivrance artificielle pour hémorragie.

Mars. — N° 345. — 2^e grossesse. — 28 ans. — Poids de l'enfant : 3.300. — Version impossible pendant la grossesse. — Délivrance artificielle.

Mars. — N° 363. — 2^e grossesse. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 3.500. — Deux points sur le périnée. — Césarienne au premier accouchement pour placenta-prævia.

Mars. — N° 450. — 1^{re} grossesse. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 3.550.

Avril. — N° 562. — 4^e grossesse. — 37 ans. — Poids de l'enfant : 3.700. — Prolapsus utérin et cystocèle. — Relèvement des bras. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique.

Mai. — N° 734. — 3^e grossesse (1^{er} siège, mort né ; 2^e accouchement normal). — 23 ans. — Poids de l'enfant : 3.300.

Mai. — N° 776. — 1^{re} grossesse. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 3.100. — Deux points sur le périnée.

Mai. — N° 862. — 1^{re} grossesse. — 30 ans. — Poids de l'enfant : 3.320. — Bassin aplati ; pronostic réservé. — Grande extraction du siège pour surmenage et arrêt de production. — « Devenir » suffisant ; « Mauriceau » très difficile ; la tête de l'enfant est très ossifiée. — Quatre points sur le périnée.

Mai. — N° 890. — 2^e grossesse. — 23 ans. — Accouchement à 8 mois 1/2 pour la première grossesse. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 pour la deuxième grossesse. — Bassin généralement rétréci. — Poids de l'enfant : 2.800.

Juillet. — N° 1095. — 1^{re} grossesse. — 22 ans. — Bassin aplati et généralement rétréci. — P. S. P. : 10,6. — Grande extraction, pour arrêt de la progression ; mort de l'enfant pendant l'extraction. — Poids de l'enfant : 2.870. — Deux points de suture sur le périnée.

Juillet. — N° 1215. — 6^e grossesse. — 44 ans. — Poids de l'enfant : 2.920.

Juillet. — N° 1237. — 1^{re} grossesse. — 22 ans. — Poids de l'enfant : 3.020. — Un point sur le périnée.

Août. — N° 1273. — 1^{re} grossesse. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.050.

Août. — N° 1293. — 2^e grossesse. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 3.080.

Août. — N° 1308. — 1^{re} grossesse. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 3.250.

Août. — N° 1340. — 1^{re} grossesse. — 17 ans. — Bassin rétréci : P. P. M., 9,5. — Durée du travail : 30 heures. Mise en place d'une bougie à terme. — Grande extraction du siège. — Poids de l'enfant : 3.470.

Août. — N° 1400. — 1^{re} grossesse. — 36 ans. — Poids de l'enfant : 2.50. — Enfant mort de diarrhée deux jours après.

Août. — N° 1426. — 1^{re} grossesse. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.770. — Grande extraction du siège pour insuffisance des contractions. — Délivrance artificielle.

Septembre. — N° 1456. — 1^{re} grossesse. — 19 ans. — Accouchement provoqué à la bougie pour albuminurie. — Poids de l'enfant : 3.260.

Septembre. — N° 1563. — 2^e grossesse. — 25 ans. — Poids de l'enfant : 3.200. — « Devenir » insuffisant ; abaissement classique.

Octobre. — N° 1700. — 5^e grossesse. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.380.

Novembre. — N° 1749. — 1^{re} grossesse. — 17 ans. — Poids de l'enfant : 3.400. — Un point sur le périnée.

Novembre. — N° 1790. — 1^{re} grossesse. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.500. — Version impossible pendant la grossesse.

Novembre. — N° 1815. — 2^e grossesse (1^{re} grossesse : siège, 3.020). — 31 ans. — Poids de l'enfant : 4.220.

Novembre. — N° 1850. — 3^e grossesse. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 2.870.

Novembre. — N° 1860. — 1^{re} grossesse. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 3.940. — Grande extraction du siège pour insuffisance des contractions. — « Devenir » difficile, mais suffisant. — Rupture complète du périnée avec déchirure du sphincter. — Reconstitution immédiate.

Novembre. — N° 1880. — 4^e grossesse. — 26 ans. — Accouchement spontané. — Poids de l'enfant : 2.820.

Décembre. — N° 1909. — 1^{re} grossesse. — 17 ans 1/2. — Poids de l'enfant : 2.950.

Décembre. — N° 1914. — 1^{re} grossesse. — 20 ans. — Poids de l'enfant : 3.220.

Décembre. — N° 2057. — 1^{re} grossesse. — 22 ans. — Poids de l'enfant : 2.950. — Deux points sur le périnée.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ EN 1928

Nombre total d'accouchements : 34.

Décès de l'enfant : 1, n° 1095.

Lésions de l'enfant : aucune.

Infections puerpérales : aucune.

Rétrécissements du bassin : 4, n°s 862, 890, 1095, 1340.

Lésions du périnée : 1 déchirure complète, n° 1860.

Primipares : 19, n°s 17, 337, 450, 776, 862, 1095, 1237,
1273, 1308, 1340, 1400, 1456, 1749, 1790, 1860,
1909, 1914, 2057.

« Devenir » insuffisant : 2, n°s 562, 1563.

Gros enfant pesant plus de 4 kgs : 2, n°s 165, 1815.

Année 1928

Versions podaliques par manœuvres internes

Janvier. — N° 107. — 7^e grossesse. — 34 ans. — Présentation de l'épaulè. — Poids de l'enfant : 4.320.

Juin. — N° 924. — 2^e grossesse. — 28 ans. — Présentation de la face. — Accouchement à 8 mois $3/4$. — Poids de l'enfant : 2.700.

Juin. — N° 1056. — 2^e grossesse. — 27 ans. — Présentation du sommet. — Poids de l'enfant : 3.550. — Souffrance de l'enfant, qui naît étonné, mais est facilement ranimé. — Anesthésie rachidienne. — Dilatation manuelle du col utérin.

Juillet. — N° 1123. — 7^e grossesse. — A terme. — 39 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 3.000.

Juillet. — N° 1153. — 9^e grossesse. — A terme. — 44 ans. — Présentation du sommet. — Version pour souff-

france de l'enfant. — Poids de l'enfant : 3.250. — Bassin limité. — Version difficile par rétraction de l'anneau de Bandl.

Juillet. — N° 1182. — 9^e grossesse. — A 8 mois. — 40 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 4.980. — Mort-né. — A toujours eu des gros enfants avec dystocie des épaules et mort. — Accouchement prématuré provoqué à la bougie. — Rupture brusque de la poche des eaux et procidence du cordon. — Souffrance de l'enfant. — Relèvement des bras. — « Devenir » suffisant.

Août. — N° 1295. — 2^e grossesse. — A 8 mois 1/2. — 35 ans. — Présentation du sommet. — Placenta prævia. — Dilatation du col. — Poids de l'enfant : 2.500.

Septembre. — N° 1490. — 3^e grossesse. — A 8 mois 1/2. — 34 ans. — Présentation de l'épaule. — Accouchement prématuré provoqué à la bougie. — Poids de l'enfant : 3.250.

Octobre. — N° 1666. — 4^e grossesse. — A terme. — 25 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 3.300. — Bras relevés. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique. — Craniotomie sur tête dernière.

Novembre. — N° 1817. — 2^e grossesse. — A terme. — 30 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 4.170. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique. — Rétraction de l'anneau de Bandl.

Décembre. — N° 1950. — 5^e grossesse. — A terme. — 41 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 4.480. — Promontoire atteint à 11 cm. — Décès de l'enfant 7 heures après.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DES VERSIONS PODALIQUES
PAR MANŒUVRES INTERNES EN 1928

Nombre total d'accouchements : 11.

Décès de l'enfant : 4, n^{os} 1182, 1666, 1817, 1950.

Lésions de l'enfant : aucune.

Infections puerpérales : aucune.

Rétrécissements du bassin : 3, n^{os} 1153, 1490, 1950.

Lésions du périnée : aucune.

Primipares : aucune.

« Devenir » insuffisant : 2, n^{os} 1666, 1817.

Gros enfants pesant plus de 4 kgs : 4, n^{os} 107, 1182,
1817, 1950.

Année 1929

Présentations du siège complet

Janvier. — N° 115. — 3^e grossesse. — A terme. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.150.

Mars. — N° 460. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 2.650. — Un point sur le périnée. — Version impossible pendant la grossesse.

Mars. — N° 524. — 5^e grossesse. — A terme. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 3.800.

Avril. — N° 677. — 4^e grossesse. — A 8 mois. — 32 ans. — Poids de l'enfant : 2.590.

Mai. — N° 791. — 3^e grossesse. — A terme. — 33 ans. — Poids de l'enfant : 4.500. — « Devenir » suffisant. — Hydrocéphalie. — Craniotomie sur tête dernière.

Mai. — N° 900. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 20 ans. — Poids de l'enfant : 3.600. — Bassin rétréci : P. S. P., 10,8. — Accouchement par la méthode de Del-

mas. — Anesthésie rachidienne. — Grande extraction du siège. — Enfant légèrement étonné. — Trois points sur le périnée.

Juin. — N° 1042. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 2.660.

Juillet. — N° 1293. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 2.950. — Bassin aplati et généralement rétréci : P. S. P., 10,8, élevé. — Arc antérieur assez bon. — « Devenir » suffisant. — Un point sur le périnée.

Août. — N° 1462. — 3^e grossesse. — A terme. — 28 ans. — Poids de l'enfant : 3.180.

Août. — N° 1467. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 2.520. — Rupture prématurée des membranes.

Septembre. — N° 1502. — 3^e grossesse. — A terme. — 38 ans. — Poids de l'enfant : 3.200. — « Devenir » suffisant, mais grosses difficultés de la tête dernière. — L'enfant fait quelques inspirations et meurt.

Octobre. — N° 1688. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 2.580.

Octobre. — N° 1708. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 3.000. — Malade traitée pour tuberculose pulmonaire et ayant un pneumothorax régulièrement entretenu. — Bassin aplati et généralement rétréci : P. S. P., 10,8. — Arc antérieur redierré. — Relèvement des bras derrière la nuque. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique. — Fracture de l'humérus. — Un point sur le périnée. — Température subfébrile qui tombe rapidement.

Octobre. — N° 1713. — 3^e grossesse. — A terme. — 29 ans. — Poids de l'enfant : 3.800. — Durée de la dilatation du col : 28 h. 15. — Délivrance artificielle. — Légère endométrite.

Octobre. — N° 1756. — 3^e grossesse. — A terme. — 32 ans. — Poids de l'enfant : 3.480. — Placenta prævia. — Anesthésie rachidienne.

Novembre. — N° 1913. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 3.580. — Grande extraction du siège pour procidence du cordon. — Enfant légèrement étonné, mais qui se ranime rapidement. — Un point sur le périnée.

Novembre. — N° 1928. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 2.750.

Décembre. — N° 2119. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 2.820. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique des bras. — Refoulement coccygien pour difficultés de la tête dernière.

Décembre. — N° 2141. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 15 ans 1/2. — Poids de l'enfant : 3.350. — Deux points sur le périnée.

Décembre. — N° 2171. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.050. — Promontoire atteint à 10,8. — Grande extraction du siège pour souffrance de l'enfant.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE COMPLET EN 1929

Nombre total d'accouchements : 20.

Décès de l'enfant : 2, n^{os} 791, 1502.

Lésions de l'enfant : 1, n^o 1708, fracture de l'humérus
(abaissement classique).

Infections puerpérales : aucune.

Rétrécissements du bassin : 4, n^{os} 900, 1293, 1708, 2177.

Lésions du périnée : rien d'important.

Primipares : 12, n^{os} 460, 900, 1042, 1293, 1467, 1688,
1708, 1913, 1928, 2119, 2141, 2177.

« Devenir » insuffisant : 2, n^{os} 1708, 2119.

Gros enfants de plus de 4 kgs : 1, n^o 791.

Année 1929

Présentations du siège décomplété

Janvier. — N° 2. — 2^e grossesse. — A 8 mois 1/2. — 22 ans. — Poids de l'enfant : 3.250.

Février. — N° 207. — 7^e grossesse. — A terme. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.400. —

Février. — N° 264. — 2^e grossesse. — A terme. — 29 ans. — Poids de l'enfant : 3.870.

Février. — N° 279. — 8^e grossesse. — A terme. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 3.450. — Enfant mort pendant le travail. — Circulaire du cordon en écharpe.

Mars. — N° 406. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 25 ans. — Poids de l'enfant : 3.220. — Version impossible pendant la grossesse.

Mars. — N° 469. — 2^e grossesse. — A 8 mois. — 30 ans. — Poids de l'enfant : 2.550. — Malade tuberculeuse bilatérale, avec laryngite. — Anesthésie rachidienne.

— Dilatation manuelle du col. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Impossibilité d'abaisser un pied. — Tractions inguinales. — « Devenir » suffisant.

Mars. — N° 495. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 24 ans. — Poids de l'enfant : 2.820.

Mars. — N° 498. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 28 ans. — Poids de l'enfant : 3.220. — Bassin limité : P. S. P., 11, et faux promontoire. — Anesthésie rachidienne. — Dilatation manuelle du col et grande extraction du siège. — Trois points sur le périnée. — Enfant étonné, mais qui est assez facilement ranimé.

Mars. — N° 522. — 3^e grossesse. — A terme. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 2.750.

Mars. — N° 536. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 29 ans. — Poids de l'enfant : 2.600.

Avril. — N° 565. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois $\frac{2}{3}$. — 22 ans. — Poids de l'enfant : 2.840.

Avril. — N° 654. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.200.

Mai. — N° 879. — 2^e grossesse. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.640.

Mai. — N° 888. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 16 ans. — Poids de l'enfant : 2.850. — Bras relevés derrière la nuque. — « Devenir » suffisant.

Juin. — N° 1087. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 2.980.

Juin. — N° 1108. — 5^e grossesse. — A terme. — 29 ans. — Poids de l'enfant : 2.950.

Juillet. — N° 1158. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.770. — Abaissement prophylactique du pied à 15 heures. — Grande extraction du siège à 16 heures. — « Deventer » très difficile, mais suffisant. — Refoulement coccygien pour l'extraction de la tête dernière. Enfant étonné, mais assez facilement ranimé. — Température autour de 38° dans les suites de couche. — La malade quitte volontairement le service.

Juillet. — N° 1179. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 30 ans. — Poids de l'enfant : 2.840.

Août. — N° 1378. — 2^e grossesse. — A terme. — 25 ans. — Poids de l'enfant : 3.800.

Août. — N° 1388. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 4.000. — Enfant mort pendant le travail. — Grande extraction du siège pour arrêt de la progression. — Craniotomie sur la tête dernière. — Déchirure complète du périnée.

Août. — N° 1450. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 4.250. — Anesthésie rachidienne. — Dilatation manuelle du col. — Grande extraction du siège. — Enfant mort pendant le travail. — Craniotomie sur tête dernière. — Pendant l'application de la méthode de Deventer, déchirure complète du périnée. — Délivrance artificielle. — Suites de couches fébriles. — La malade sort guérie un mois après son accouchement.

Août. — N° 1484. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 33 ans. — Poids de l'enfant : 3.150.

Septembre. — N° 1513. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 34 ans. — Poids de l'enfant : 4.600. — Après 79 heures de travail, dilatation manuelle du col sous anesthésie rachidienne. — « Devenir » très difficile, mais suffisant. — Enfant mort né. — Déchirure complète du périnée. — Infection puerpérale. — La malade quitte le service un mois après son accouchement.

Septembre. — N° 1516. — 2^e grossesse. — A terme. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 3.740.

Septembre. — N° 1525. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 33 ans. — Poids de l'enfant : 3.200.

Septembre. — N° 1580. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 2.600. — Bessin généralement rétréci : P. S. P., 10,4. — Arc antérieur à petit rayon. — Refoulement coccygien pour l'extraction de la tête dernière.

Septembre. — N° 1585. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois 1/2. — 41 ans. — Poids de l'enfant : 2.920.

Septembre. — N° 1599. — 6^e grossesse. — A terme. — 42 ans. — Poids de l'enfant : 3.950.

Octobre. — N° 1683. — 3^e grossesse. — A terme. — 40 ans. — Poids de l'enfant : 3.680. — Rupture prématurée des membranes 42 heures avant tout début de travail. — Grande extraction du siège pour souffrance de l'enfant.

Octobre. — N° 1770. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 28 ans. — Poids de l'enfant : 3.000. — Grande extraction du siège pour insuffisance des contractions utérines. — Rupture prématurée des membranes.

Octobre. — N° 1772. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 23 ans. — Poids de l'enfant : 3.170. — Grande extraction du siège.

Novembre. — N° 1861. — 4^e grossesse. — A terme. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 2.770. — Rupture prématurée des membranes.

Novembre. — N° 1854. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 26 ans. — Poids de l'enfant : 3.020. — Grande extraction du siège. — Convulsions de l'enfant. — Ponction lombaire : liquide hémorragique. Guérison. — Infection légère de la mère.

Novembre. — N° 1884. — 2^e grossesse. — A terme. — 32 ans. — Poids de l'enfant : 4.000.

Décembre. — N° 2053. — 1^{re} grossesse. — 8 mois 1/2. — 27 ans. — Poids de l'enfant : 2.960. — Grande extraction du siège pour souffrance de l'enfant.

Décembre. — N° 2064. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 21 ans. — Poids de l'enfant : 3.130.

Décembre. — N° 2075. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 3.230.

Décembre. — N° 2091. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 18 ans. — Poids de l'enfant : 3.800. — Grande extraction du siège pour arrêt de la progression. — Bras relevés. — « Devenir » suffisant.

Décembre. — N° 2149. — 1^{re} grossesse. — A 8 mois. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 2.870.

Décembre. — N° 2162. — 1^{re} grossesse. — A terme. —

21 ans. — Poids de l'enfant : 4.420. — Grande extraction du siège pour insuffisance des contractions. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique des bras. — Paralyse du plexus brachial du bras postérieur. — Déchirure complète du périnée.

Décembre. — N° 2027. — 2^e grossesse. — A terme. — 19 ans. — Poids de l'enfant : 3.550.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ EN 1929

Nombre total d'accouchements : 41.

Décès de l'enfant : 4, n° 279, 1388, 1513, 1450.

Lésions de l'enfant : 1, n° 2162 (paralyse du plexus brachial) (« Devenir » insuffisant).

Infections puerpérales : 3, n° 1158, 1513, 1854.

Rétrécissements du bassin : 2, n° 498, 1580.

Lésions du périnée : 4, n° 1388, 1450, 1513.

Primipares : 26, n° 406, 495, 498, 536, 565, 654, 888,
1087, 1158, 1179, 1388, 1450, 1484, 1513, 1525,
1580, 1585, 1770, 1772, 1854, 2053, 2064, 2075,
2091, 2149, 2162.

« Devenir » insuffisant : 1, n° 21622.

Gros enfants de plus de 4 kgs : 5, n° 1388, 1450, 1513,
1884.

Année 1929

Versions podaliques par manœuvres internes

Janvier. — N° 31. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 39 ans 1/2. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 3.500. — Enfant mort pendant le travail. — Bras relevés. — « Devenir » insuffisant. — Abaissement classique. — Cinq points sur le périnée. — La malade meurt d'infection puerpérale.

Janvier. — N° 124. — 2^e grossesse. — A terme. — 30 ans. — Placenta prævia. — Poids de l'enfant : 3.150.

Juillet. — N° 1175. — 6^e grossesse. — A terme. — 44 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 2.870.

Août. — N° 1338. — 5^e grossesse. — A terme. — 37 ans. — Présentation du sommet. — Arrêt du travail. — Poids de l'enfant : 5.100. — « Devenir » suffisant. — Grosses difficultés de la tête dernière. — Mort de l'enfant 5 heures après sa naissance.

Septembre. — N° 1623. — 1^{re} grossesse. — A terme. — 31 ans. — Présentation du sommet. — Eclampsie. — Anesthésie rachidienne. — Dilatation manuelle du col. — Poids de l'enfant : 2.690.

Novembre. — N° 1882. — 3^e grossesse. — 29 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 2.530.

Novembre. — N° 1897. — 6^e grossesse. — 38 ans. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. — Bassin généralement rétréci. — Tentatives infructueuses de forceps. — Poids de l'enfant : 2.730.

Décembre. — N° 2151. — 2^e grossesse. — 37 ans. — A 8 mois 1/2. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 2.850.

Décembre. — N° 2179. — 5^e grossesse. — A terme. — 30 ans. — Présentation de l'épaule. — Poids de l'enfant : 3.250.

Décembre. — N° 2186. — 2^e grossesse. — A terme. — 23 ans. — Présentation du sommet. — Procidence du cordon. — Poids de l'enfant : 4.800.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS OBTENUS DANS LES VERSIONS
PODALIQUES PAR MANŒUVRES INTERNES EN 1929

Nombre total d'accouchements : 10.

Décès de l'enfant : 2, n°s 31, 1338.

Lésions de l'enfant : aucune.

Infections puerpérales : 1, n° 31. Décès de la mère.

Rétrécissements du bassin : 1, n° 1897.

Lésions du périnée : 1, n° 31.

Primipares : 2, n°s 31, 1623.

« Devenir » insuffisant : 1, n° 31.

Gros enfants de plus de 4 kgs : 2, n°s 1338, 2186.

Année 1912

Sièges complets - Sièges décomplétés Versions

Mars. — N° 204. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.840. — Bras modérément relevés. — Abaissement classique. — Enfant mort-né. — Température oscillant autour de 38°. — La malade quitte le service volontairement le neuvième jour après l'accouchement.

Mars. — N° 258. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.700.

Mars. — N° 271. — 7^e grossesse. — Version dans une présentation du sommet. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Poids de l'enfant : 3.200. — Relèvement des bras que l'on abaisse. — Déchirure du segment inférieur. — Fracture de la clavicule.

Mai. — N° 445. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant 2.550. — Accouchement spontané.

Juin. — N° 456. — 4^e grossesse. — Version dans une présentation du sommet pour procidence du cordon. — du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.600. — Les Poids de l'enfant : 3.350. — Bras relevés. — Impossibilité d'abaisser le bras postérieur, on commence par le bras antérieur, que l'on fracture. — Déchirure du col de l'utérus.

Juin. — N° 488. — 5^e grossesse. — Poids de l'enfant : 4.200. — Présentation du siège décomplété. — Hydrocéphalie. — Six points de suture sur le périnée. — Bras relevés et abaissés.

Août. — N° 654. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.050.

Septembre. — N° 718. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.780. — Abaissement facile des bras relevés. — Six points de suture sur le périnée.

Septembre. — N° 40. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 2.650.

Septembre. — N° 737. — 1^{re} grossesse. — Présentation bras ne sont pas relevés, mais au moment de l'introduction de la main pour aller à leur recherche, le périnée se déchire. — Huits points de suture.

Septembre. — N° 774. — 2^e grossesse. — Présentation du siège décomplété, mode des pieds. — Poids de l'enfant : 3.340. — Bras relevés. — Abaissement facile. — Craniotomie sur la tête dernière.

Septembre. — N° 777. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.240. — On ne peut ranimer l'enfant.

Octobre. — N° 857. — 3^e grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.570. — Accouchement spontané.

Octobre. — N° 860. — 1^r grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.700. — Six points sur le périnée. — L'enfant succombe au 11^e jour.

Octobre. — N° 864. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.510. — Dé-gagement classique des bras. — Déchirure complète du périnée.

Novembre. — N° 918. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.990.

Novembre. — N° 926. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.500.

Décembre. — N° 1009. — 6^e grossesse. — Présentation de l'épaule. — Version podalique. — Poids de l'enfant : 3.170. — Abaissement des bras relevés. — Rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière. — Craniotomie.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS OBTENUS

DANS LES ACCOUCHEMENTS TÊTE DERNIÈRE EN 1912

(Abaissement des bras par la méthode classique)

Nombre total d'accouchements : 18.

Décès de l'enfant : 5, n^{os} 204, 774, 777, 860, 1009.

Lésions de l'enfant : 2, n^{os} 271, 456.

Infections puerpérales : 1, n^o 204.

Rétrécissements du bassin : aucun.

Lésions du périnée : 7, n^{os} 271, 456, 488, 718, 737, 860, 864.

Primipares : 12, n^{os} 204, 258, 445, 654, 718, 737, 740, 777, 860, 864, 918, 926.

Gros enfants de plus de 4 kgs : 1, n^o 488.

Année 1913

Sièges complets - Sièges décomplétés Versions

Janvier. — N° 86. — 3° grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.380. — Abaissement des bras relevés.

Février. — N° 116. — 1° grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.100. — Rupture prématurée des membranes. — 33 heures de dilatation du col. — Souffrance de l'enfant, — Bras relevés. — Abaissement très difficile. — L'enfant vit 15 minutes. — Huit points sur le périnée.

Février. — N° 186. — 7° grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 2.710. — Abaissement facile des bras relevés.

Février. — N° 203. — 4° grossesse. — Poids de l'enfant : 3.720. — Accouchement spontané sur un brancard. — Cinq points de suture sur le périnée.

Février. — N° 208. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.780. — Déchirure du périnée au moment du dégagement des bras. — Huit points de suture sur le périnée.

Mars. — N° 271. — 6^e grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.300.

Mars. — N° 275. — 5^e grossesse. — Présentation de l'épaule. — Version. — Poids de l'enfant : 2.570. — Bras modérément relevés.

Avril. — N° 366. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.800. — Bras fortement relevés.

Avril. — N° 412. — 3^e grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 2.800.

Juin. — N° 517. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 2.520. Bras relevés.

Juin. — N° 591. — 1^{re} grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.100. — Bras modérément relevés. — Déchirure de la cloison recto-vaginale et du périnée.

Juillet. — N° 650. — 12^e grossesse. — Présentation de l'épaule. — Procidence du cordon. — Rétraction utérine. — Poids de l'enfant : 3.600. — Bassin aplati. — Bras relevés. — Très grande difficulté d'abaissement.

Août. — N° 699. — 2^e grossesse. — Grossesse gémellaire. — 2 présentations du siège. — Poids des enfants : 2.730, 2.780. — Bras du premier relevés et abaissés dif-

ficilement. — Bras du deuxième également relevés et fracture de l'humérus droit.

Août. — N° 758. — 5^e grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.180. Bras modérément relevés.

Août. — N° 773. — 4^e grossesse. — Présentation de l'épaule. — Version. — Poids de l'enfant : 3.770.

Septembre. — N° 719. — 2^e grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.390.

Septembre. — N° 792. — 8^e grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 3.000

Septembre. — N° 822. — 3^e grossesse. — Présentation du siège décomplété. — Poids de l'enfant : 3.070. — Bassin coxalgique. — Bras modérément relevés.

Septembre. — N° 832. — 3^e grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 3.040. — Bras fœtus.

Novembre. — N° 1018. — 3^e grossesse. — Présentation du siège complet. — Poids de l'enfant : 3.320. — Abaissement des bras relevés.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS OBTENUS

DANS LES ACCOUCHEMENTS TÊTE DERNIÈRE EN 1913
(Abaissement des bras par la méthode classique)

Nombre total d'accouchements : 20.

Décès de l'enfant : 1, n° 116.

Lésions de l'enfant : 1, n° 699.

Infections puerpérales : aucune.

Rétrécissements du bassin : 2, n°s 650, 822.

Lésions du périnée : 4, n°s 116, 203, 208, 591.

Primipares : 5, n°s 116, 208, 366, 517, 591.

Gros enfants de plus de 4 kgs : aucun.

Conclusions

I. — La méthode de « Deventer » a été appliquée systématiquement dans le service de M. Trillat, à la Maternité de la Charité, à Lyon, dans tous les accouchements tête dernière, pendant les années 1928 et 1929.

II. — Sur les 137 accouchements d'enfants de plus de 2 kgs 500, de notre statistique, la méthode a été insuffisante dans 9 cas.

III. — Dans les cas où elle a été insuffisante, nous avons toujours pu pratiquer l'abaissement classique des bras. Le « Deventer » n'a gêné en rien l'application de la méthode classique.

IV. — Les principaux avantages de la méthode de Deventer sont :

- a) La grande simplicité des manœuvres;
- b) La suppression à peu près complète de l'introduction de la main dans les voies vaginales et l'utérus, d'où la diminution des risques d'infection.
- c) La diminution notable des lésions de l'enfant.

Les deux fractures de l'humérus, et la paralysie du plexus brachial que nous avons rencontrées, ont été consécutives à des manœuvres d'abaissement suivant le procédé classique.

5° Nous considérons donc le « Devenir » comme pouvant être employé utilement, dans tous les accouchements, tête dernière. Ce n'est que dans les cas de difficultés particulières, que nous avons recours à la méthode classique.

Vu :
Le DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 15 Mai 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ATCHIMOVITCH. — Déformations dues aux traumatismes des épaules. *Thèse de Lyon*, 1923.
- BARTLETT. — *A study of Deventer's method of delivering the after coming head.* (Trans. intern. med. Congr.
- BAUDELLOCQUE. — *L'art des accouchements.*
- BOWEN. — Treatment of breechpresentations in primipara. (*Amer. Journ. Obst.*, New-York, 1916.)
- BRUGNATELLI. — La manovra di Deventer Müller per l'estrazione podalica. (*Riv. d'Ostetr. e Ginecol. prat.*, Palermo, 1923.
- BRINDEAU. — *Nouveau Traité d'obstétrique*, 1926.
- CIBERT. — Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. (*Thèse de Lyon*, 1897.)
- COPELAND. — Double nuchal displacement of arms in a footling presentation with breech anterior. (*Surg. gynecol. et obst.*, septembre 1929.)
- CUKOR. — Zur Kritik der Extraction nach A. Müller. (*Zentralblatt für gyn.*, 1908.)
- DEMELIN. — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. (*Rev. franç. de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1923.
- VAN DEVENTER. — *Operationes chirurgicæ novum lumen exhibentes obstetricantibus.* (Leyden, 1701. Edition française de 1734, trad. par J. Bruier d'Ablaincourt.)

- DICKINSON. — Extraction of extended arms in breech labors. (*New-York Journ. Gynecol et Obst.*, 1892.)
- DODERLEIN. — Zur entwicklung des schultergurtels nach Arthur Müller bei Beckenendlage. (*Zentralblatt f. Gynakol.*, Leipzig, 1925.)
- ESQUIROL. — *Contribution à l'étude du pronostic de la présentation du siège.* (Diss., Paris, 1905.)
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique.*
- FARABEUF et VARNIER. — *Introduction à la pratique des accouchements.*
- FAUGÈRE. — Conduite à tenir dans les présentation du siège pendant le travail. (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 20 février 1929.)
- R. VON FELLENBÈRG. — Zur Armlösung nach A. Müller. (*Correspondenzblatt für Schw., Aerzte*, 1908.)
- FRY. — Case of breech presentation sacro-posterior unsuccessful attempt to deliverer the after coming head by Deventer's method. (*Journ. Amer. Med. Ass.*, Chicago, 1889.)
- GRIFFITH et LEA. — *On breech presentation with extended legs.* (Trans. obst. Soc. London, 1898.)
- HALSTED. — An analysis of fifty six cases of breech presentation, description of a method of delivery in which manual extraction of extended arms is rarely necessary. (*Journ. Amer. Med. Ass.*, Chicago, 1920.)
- HARRISON. — Double nuchal displacement of the arms in a left sacro-anterior presentation with feet extended to chin of child (frank breech). (*Virginia Med. Semi Mouth*, Richmond, 1916.)
- W.-B. HUDDLESTON SLATER. — *Het Ontwikkelen der Arnieu en de Extractie volgens A. Müller.* (Diss. Inaug. Groningen, 1908.)
- HUSBANDS. — Breech presentation with prolapsed hand. (*Brit. Med. Journ.*, London, 1911.)
- ISRAELOWITZ. — *Zur Behandlung der Beckenendlagen im Frauenspital Basel.* (Diss., Basel, 1906.)

- JARDINE. — Delay in breech presentations from extension of the legs. (*Glasgow Med. Journ.*, 1915.)
- JEANNIN. — La dystocie dans le siège décomplété mode des fesses. (*Journ. des Praticiens de Paris*, 1924.)
- KALMANN. — Ueber Neuere Geburtshülffliche Handgriffe. (*Zentralblatt für Geb. und Gyn.*, 1908, N° 27.)
- KAUFMANN. — Zur Extraction nach A. Mueller. (*Zentralblatt für Gyn.*, 1928, N° 27.)
- KOHN. — *Die Beckenendlagen auf der Zürcher Universität frauenklinik.* (Diss. Zürich, 1909.)
- A. LABHARDT. — Ueber die Extraction nach Müller. Verhandler Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aertze, 78. (*Versammlung zu Stuttgart*, 1906.)
- A. LABHARDT. — Die Extraction nach Deventer-Müller. (*Archiv. für Gyn.*, 1908.)
- LAUR. — Les gros enfants. (*Thèse de Lyon*, 1925-1926.)
- LOVRICH. — Die Extraction nach Müller, Budapest, 1905. (*Monatschrift für Geb. und Gyn.*)
- LOVRICH. — Die Extraction nach A. Müller. (*Wiener Medic Wochenschrift*, 1910.)
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses.*
- MULLER. — Die Behandlung der Schultern bei der Extraction am Beckenende. (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Bd. VIII, H. 5, 1898.)
- Zur behandlung der steissgeburt. (*Mundener Med. Wochenschr.*, 1898.)
- Die Extraction der Schultern. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1921, tome I, p. 550.)
- Die Extraction der schultern bei Beckenendlage nach Arthur Müller. (*Prakt. artz. Leipzig*, 1923.)
- NIJHOFF. — Entwicklung der Arme bei der Extraction nach Müller. Sitzungsberichte der Niederländ. Gynecol. Gesellschaft. (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Bd. XXVI. S. 297.)
- NOACK. — Du relèvement des bras dans l'extraction par les pieds. Son traitement. (*Thèse de Lyon*, 1896.)

- PAJOT. — Des lésions traumatiques du fœtus. (*Thèse de Concours*, 1889.)
- A. PARÉ. — Œuvres complètes, tome II.
- RENDU. — Etude sur les impotences du membre supérieur d'origine obstétricale. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1923.)
- ROSSIER. — Une nouvelle méthode d'extraction dans les présentations pelviennes. (*Annales de Gyn. et d'Obstétr.*, 1909.)
- SACHS. — Moderne technick der extraction bei beckenendlegen. (*Dents. med. Wochenschr.*, Leipzig, 1923.)
- SUZOR. — Les difficultés de l'accouchement dans les présentations du siège (L'Hôpital, juin 1927).
- THOMAS. — The essentials in breech extraction (*Journ. Amer. Inst. Homsep.*, Chicago, 1921.)
- TREY. — L'extraction du siège d'après Deventer-Müller. (*Ann. de gyn. et d'ostétrie*, Paris, 1914.)
- L'extraction d'après Deventer-Müller. (*Thèse de Lausanne*, 1913.)
- TRILLAT. — De l'abaissement des bras par traction sur le tronc (Méthode de Deventer). (*Bull. soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921.)
- UGEL. — De l'abaissement des bras, et en particulier du bras antérieur dans l'extraction du fœtus par les pieds. (*Thèse de Lyon*, 1902.)
- UNGER. — Kombinierter handgriff zur extraktion des nachfolgenden Kopfes bei beckenendlagen. (*Wiener Med. Wochenschr.*, 1925.)
- VEIT. — Verletzung bei der Extraction nach A. Müller. Sitzungsberichte der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Leipzig. (*Zentralblatt für Gyn.*, 1907.)
- VIGNES. — Présentation du siège. (*Progrès Méd. Paris*, 1919.)
- WEILL et MOURIQUAND. — Précis de médecine infantile.
- ZIEGLER. — Was leister die Deventer Mulersche Entwicklung des Schulter gurtels. (*Beitrage z. Geburtsh. Gynecol.*, Leipzig, 1913.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Historique	13
Deventer.	17
Müller.....	25
Les publications parues sur la méthode depuis Müller.....	31
Etude critique.....	47
Méthode de Deventer telle que nous l'avons employée	61
Résultats de notre statistique.....	63
Année 1928. — Présentations du siège complet ..	65
Année 1929. — Présentations du siège décomplété	69
Année 1928 — Versions podaliques par manœu- vres internes.....	75
Année 1929. — Présentations du siège complet...	79
Année 1929. — Présentations du siège décomplété	83
Année 1929. — Versions podaliques par manœuvres internes.....	89
Année 1912. — Sièges complets. — Sièges dé- complétés. — Versions	93
Année 1913. — Sièges complets. — Sièges dé- complétés. — Versions	97
Conclusions.....	101
Bibliographie.....	103



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ,

LYON



